

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.  
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° S19-0018460

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2038 Société : .....


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : EZZAHAF Bouchaib Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 05 22 87 06 48 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0018460

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro-Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
actes répétés en plusieurs séances. ou actes  
obieux comportant un ou plusieurs échelonnées  
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS  
- LES CURES THERMALES  
- LA CIRCONCISION  
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 829253

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EZZAHAF BOUCHAIB  
Matricule : 2038 Fonction : Retraite Poste : /  
Adresse : Kahina  
Tél. : 05 22 87 06 48 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EZZAHAF BOUCHAIB Age : 1950  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 23-10-2019  
Nature de la maladie : [Signature]  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
A : [Signature] 23-10-19 Durée d'utilisation 3 mois

Dr. DAABOU AHMED  
Dermatologue et Agente de la médecine  
Esthétique LASER  
100 El Qods Hay Wadi As-Sal N° 1  
Tél : (0522) 21 21 31

## VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 829253

Matricule N° : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé : \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_






## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
23-10-19	S		263	Dr. DABOUL Ahmad Dermatologue, Cosmétologie Médecine Esthétique - LASER 206, Bd. El Qods Hay Chifa Appl. N° 1 Casablanca - Tél. (0522) 21 21 31

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/10/19	263,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/10/19	550,15	762,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

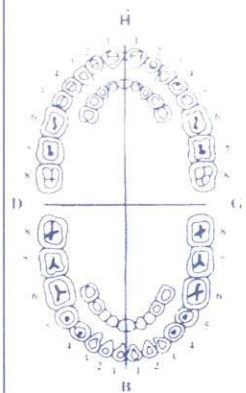
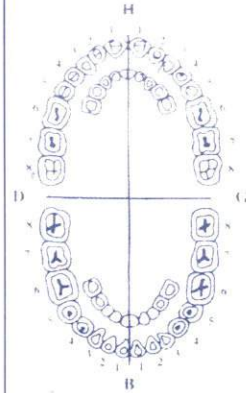
## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Ahmad DAABOUL**  
**Spécialiste**

Dermatologie - Cosmétologie  
Vénérologie - Allergologie  
Médecine Esthétique & Anti-âge  
Mésothérapie - LASER



الدكتور أحمد دعبول  
اختصاصي  
في أمراض وجراحة الجلد  
والشعر والأظافر - الليزر  
الطب التجميلي

Casablanca, le : 23-10-2019

**Mr EZZAHAF Bouchaib**

173,00  
**XERIAL** 50 crème  
Application par jour  
90,00  
**MYCOFLU** 150 mg gélule  
1 gélule par semaine (1 mois)  
**ONYXINE** solution  
1 fois par semaine  
**NOVOPHANE** crème des ongles



Dr. DAABOUL Ahmad  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd. El Qods Hay Chrifa App. N° 1  
Casablanca - Tél. (0522) 21 21 31

= 263,40





**MYCOFLU® 50 & 150mg**

Fluconazole

**COMPOSITION**

Chaque gélule contient :

**MYCOFLU 50 mg** : Fluconazole (DCI) ..... 50 mg**MYCOFLU 150 mg** : Fluconazole (DCI) ..... 150 mg

Excipients : Lactose ; Amidon de maïs ; Silice colloïdale ; Talc ; Laurylsulfate de sodium.

Excipient à effet notoire : Lactose

**FORMES ET PRESENTATIONS**

Gélules dosées à 50 mg : boîte de 3 gélules et boîte de 7 gélules.

Gélules dosées à 150 mg : boîte de 1 gélule, boîte de 4 gélules et boîte de 7 gélules.

**PROPRIETES**

MYCOFLU est un antifongique, il s'oppose à la prolifération microscopiques.

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES****MYCOFLU 150mg est indiqué dans le traitement :**

· des candidoses vaginales et périnéales aiguës et récurrentes

**MYCOFLU 50mg est indiqué dans le traitement :****Chez l'adulte :**· des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),  
· des candidoses buccales atrophiques.**Chez l'enfant :**· Traitement des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.  
· Traitement des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires.  
· Traitement des cryptococcoses neuro-méningées; le traitement d'entretien au cours du SIDA doit être poursuivi indéfiniment**CONTRE-INDICATIONS**

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

en cas d'allergie connue au fluconazole et aux substances apparentées (azolés)

· chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison de la forme pharmaceutique

· pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical

**EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.****MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI**

Ce médicament doit être pris avec précaution dans les cas suivants :

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception est indispensable.

**Mises en garde spéciales**

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter un médecin. Si vous avez préalablement présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter un médecin le plus rapidement possible.

LOT : 057  
PER : MAR 2022  
PPV : 90 DH 00

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.****INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES**

Ce médicament ne doit pas être utilisé en association avec

- le cisapride (médicament utilisé dans le reflux gastro-œsophagien),
- le pimozide (médicament utilisé dans certains troubles de l'humeur)
- l'halofantrine (médicament utilisé dans le traitement du paludisme).

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.****EFFETS INDESIRABLES**

Comme tous les médicaments, MYCOFLU 50 &amp; 150 mg, gélule est susceptible d'entraîner des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet: Les effets gastro-intestinaux et cutanés sont les effets indésirables les plus couramment rencontrés.

- Effets gastro-intestinaux: nausées, flatulence, douleurs abdominales, diarrhées.
- Effets allergiques et cutanés: rashes, réactions cutanées sévères, réactions allergiques. Des cas de chute de cheveux généralement réversibles ont été rapportés.
- Effets généraux: maux de tête.
- Effets hépatiques: augmentation des transaminases hépatiques (enzymes du foie) généralement réversibles à l'arrêt du traitement, des atteintes hépatiques sévères.
- Effets hématologiques: leucopénies (quantité insuffisante de globules blancs dans le sang), thrombopénies (taux anormalement bas de plaquettes, éléments du sang importants dans la coagulation).

**IL EST CONSEILLE DE MENTIONNER TOUT EFFET INDESIRABLE A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.****GROSSESSE ET ALLAITEMENT**

Ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse et en période d'allaitement, sauf avis médical.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION**

Voie orale ; La gélule doit être avalée avec de l'eau, sans être mâchée ni croquée.

**DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN****SURDOSAGE**

En cas de surdosage, contacter le Centre Anti-Poison du Maroc (05 37 68 64 64).

**CONSERVATION**

A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C.

Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.

Respecter la date limite indiquée sur l'emballage extérieur.

Tableau A (Liste I)

Juin 2013

**SVR**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

**SVR**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

## XÉRIAL 50 EXTRÊME CRÈME PIEDS

Urée pure 50%  
Pure urea 50%

Anti-callosités 7 jours\*  
corne et durillons

Anti-calluses 7 days\*  
corn and stubborn

Pieds • Zones localisées  
Sans parfum • Sans paraben

Feet • Localized areas  
Fragrance-free • Paraben-free

50ml MADE IN FRANCE



SVR LA DERMATOLOGIE REND BELLE  
DES SOINS ADAPTÉS AUX PEAUX  
SENSIBLES.

DE VRAIS ACTIFS DE RÉFÉRENCE EN  
DERMATOLOGIE:

✓ À HAUTE CONCENTRATION POUR  
MAXIMISER LA PERFORMANCE  
✓ FORMULES SPÉCIFIQUEMENT POUR  
OPTIMISER LA TOLÉRANCE.

**XÉRIAL 50 EXTRÊME CRÈME PIEDS**  
Pieds, mains, coudes. Réduit les callosités et  
durillons dès 7 jours\* et prévient leur apparition.

**ACTIFS DERMATOLOGIQUES À HAUTES DOSES**

Urée pure 50%	Lisse et élimine les cellules mortes
Acide salicylique	Exfolie

**EFFICACITÉ PROUVÉE CLINIQUEMENT**

Utilisation : appliquer chaque jour sur la zone  
concernée jusqu'à l'effet recherché. En relais,  
appliquer Xérial 30 Crème pieds. Ne pas utiliser  
chez l'enfant de moins de 3 ans. À conserver à  
température ambiante.

\*Test scientifique sur 21 volontaires, 2 applications par jour

Crème pieds, mani e gomiti. Riduce  
efficacemente callosità e duri seversi in 7 giorni  
e ne previene la comparsa.

**ATTIVI DERMATOLOGICI A DOSI ELEVATE**

Urea pura 50%	Leniga ed elimina le cellule morte
Acido Salicilico	Esfoliante

**EFFICACIA CLINICAMENTE TESTATA**

Modo d'uso: applicare ogni giorno sulla zona da  
trattare fino all'effetto desiderato. Utilizzare  
Xérial 30 Crème pieds per il mantenimento. Non  
adatto ai bambini al di sotto dei 3 anni.  
Conservare a temperatura ambiente.

\*Test scientifico su 21 volontari, 2 applicazioni al giorno

SVR ITALIA, VIA PERGOLESI 2A - 20124 MILANO - SVR  
Espana: ROGER DE LUJAN 138 - P. 1° 08037 Barcelona -  
Rua Luz de Almeida nº 10-12 Urbanização do Alto dos  
Moinhos 1500-473 LISBOA - FILIPINAS: POLANDI Sp. z o.o.  
Al. Wyspowa 6 02-681 Warszawa - Importado y  
distribuido por Farmaceutica Medcol Ltda, Hermann  
Carrera Nº 137 C-DE, Lulea Industrial Los Libertadores,  
Colina, Santiago Chile.   
الوكال في ليبيا: مركز الطبي SVR  
الوكال في قطر: الشركة الطبية العامة  
الوكال في المملكة العربية السعودية: مؤسسة سفلة التجارية  
رقم الترخيص: 10 تاريخ الانتهاء: انظر العبوة

مكونات: 990315 - INGREDIENTS (CONTAINS): UREA, AQUA,  
PURIFIED WATER, GLYCERIN, BUTYROSPERMUM  
PADOI BUTTER, ISHEA BUTTER,  
TRIETHANOLAMINE, ISOHEXADECANE, SALICYLIC  
ACID, OCTYLDODECANOL, POLYACRYLATE-13,  
BACILLUS FERMENT, SERINE, HISTIDINE,  
OCTYLDODECYL XYLIDIDE, PEG-30  
DIPOLYHYDROXYSTEARATE, POLYSORBATE,  
POLYSORBATE 20, SORBITAN ISOSTEARATE,  
PROPYLENE GLYCOL, DISODIUM EDTA, CITRIC  
ACID, POTASSIUM SORBATE.

Laboratoire SVR  
2 Rue de Lisbonne - 75008 PARIS - FRANCE  
www.labo-svr.com

50 ml • 1.7 FL.OZ.

**SVR**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

## XÉRIAL 50 EXTRÊME CRÈME PIEDS

Urea pura 50%

Anti-callosità in 7 giorni\*  
callosità e duri on

Anti-callosidades 7 días\*  
calosidades y durezas

Piedi • Aree localizzate  
Senza profumo • Senza parabeni

Pies • Zonas localizadas  
Sin perfume • Sin parabenos

50ml MADE IN FRANCE



ACL 34018181382353 / CNP 3262-367  
CN 1859860 / CNP 6959460



LOT/BATCH :  
رقم الترخيص: 10 تاريخ الانتهاء: انظر العبوة

**Dr. Ahmad DAABOUL**  
**Spécialiste**

Dermatologie - Cosmétologie  
Vénérologie - Allergologie  
Médecine Esthétique & Anti-âge  
Mésothérapie - LASER



**الدكتور أحمد دعبول**  
**اختصاصي**  
في أمراض وجراحة الجلد  
والشعر والأظافر - الليزر  
الطب التجميلي

Casablanca, le : 23-10-19

Mr EZZAVAF Kechair

A. Thameri  
Sect  
Sect

A. Utd

Dr. DAABOUL Ahmad  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd. El Qods Hay Chrifa App. N° 1  
Casablanca - Tél. (0522) 21 21 31

**LABORATOIRE ANALYSES  
MEDICALES MANDARONA**

679, boulevard Al Qods 20460 - Casablanca  
Tél.: 0522 52 83 88 - Fax: 0522 21 32 41





Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de  
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de  
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 24/10/19

Prélèvement effectué à 08:08

Edition du : 24/10/19

Monsieur EZZAHAF BOUCHAIB

Docteur AHMAD DAABOUL

Réf. : 19J1564

Compte Rendu d'Analyses

**BIOCHIMIE SANGUINE**

(Cobas Roche C-311)

			Normales	Antériorités
Transaminases - SGOT / ASAT -----:	15	UI/l	< 45	
Transaminases - SGPT / ALAT -----:	7	UI/l	< 49	

**VITAMINES**

Vitamine D2/D3 (25 - Hydroxy) -----:	68	microg/l	> 30	<u>28/05/19</u> 66
(Chimiluminescence COBAS ROCHE E411)				

**Interprétation :**

Valeurs souhaitables : > 30 µg/l

Insuffisance : 10 à 30 µg/l

Carence : < 10 µg/l

Toxicité : > 100 µg/l

LABORATOIRE MANDARONA  
MEDICALES  
679, boulevard de la Casablanca - Casablanca  
Tél.: 0522 52 83 88 - Fax: 0522 87 22 82