

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.

Radiologie 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.

Dentaire :

- 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-0023140

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : E.A.7
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABDELLAOUI HANDOUVE
 Date de naissance : 1953
 Adresse : villa 72 lot An Diab II Ain Diab
 Casablanca
 Tél. : 0662 780571 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément / CFE

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 1 / 11 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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

La 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			Total	146,00 €
			Remboursés	94,95 €
			Constaté selon note 014/1, MUP/21	

Completed section note 014/MUP/21
100% Darrell N. P. GHS

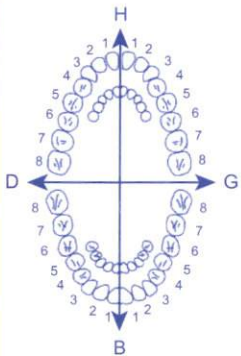
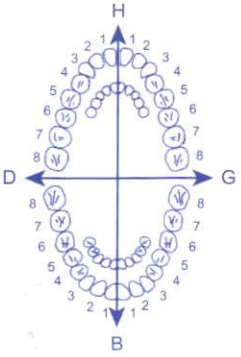
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

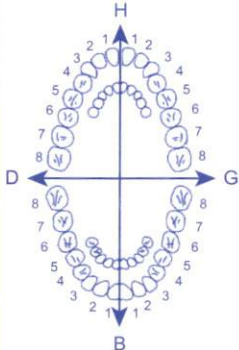
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION								
	H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> B				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE - A ne pas utiliser pour les soins reçus en France

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) :

1152153199185017421761

NOM (en capitales) :

ABDELLAOUI

Date de naissance :

10/11/1983

Prénom :

HADJOUNE

Pays où ont été dispensés les soins :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM (en capitales) :

Date de naissance :

/ /

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

☐ Oui

☐ Non

⇒ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ?

☐ Oui

☐ Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

☐ Oui

☐ Non

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet ayant-droit

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

☐ Accident causé par un tiers, indiquez la date :

/ /

☐ Accident de travail, indiquez la date :

/ /

☐ Maternité, indiquez la date de conception :

/ /

(si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.

Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays. Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité Sociale - articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT - 160 rue des Meuniers - 77950 RUBELLES - France

Signature :

RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « vos imprimés »)

Pour obtenir des feuilles de soins dispensés à l'étranger, indiquez le nombre souhaité :

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Utilisez une feuille de soins par malade.
- Complétez obligatoirement cette 1^{ère} page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par vos soins.
- Pour être remboursé(e), joignez systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :
 - ⇒ les factures originales détaillées et acquittées attestant du paiement pour chacune des dépenses.
 - ⇒ les prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
 - ⇒ ainsi que, en cas de traitement en série, un état de frais indiquant toutes les dates de soins (massages par exemple).
- Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.
- Pensez à joindre un RIB lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr

ÉTAT DÉCLARATIF À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS À L'ÉTRANGER
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Identité du malade : NOM : ABDELHAKKI PRENOM : HANDOUVE DATE DE NAISSANCE : 19/11/81

Détails des actes médicaux	Nom du praticien ou de l'établissement	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant éventuellement pris en charge par l'organisme local
----------------------------	--	----------------	---------------------------------	---

CONSULTATION(S)				
☐ Généraliste ☐ Spécialiste ☒ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile		<u>16/10/23</u>	<u>3500\$</u>	
☐ Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile				
☐ Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile				
☐ Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile				

CARDIOLOGIE				
☐ Électrocardiogramme (ECG)				
☐ Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)				
☒ Autre acte, à préciser : <u>230</u>		<u>Monte</u>	<u>3500\$</u>	

ACTE(S) D'IMAGERIE				
☐ Radiographie, zone à préciser : <u>130</u>				
☐ Radiographie panoramique				
☐ Mammographie : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale				
☐ Scanner				
☐ IRM				
☐ Électroencéphalogramme				
☐ Echographie, zone à préciser :				
☐ Autre, à préciser :				

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)				
Date de la prescription : <u>11/11/23</u>				
Traitement dispensé du <u>11/11/23</u> au <u>11/11/23</u>				
Nombre de séances dispensées : <u>230</u>				
Description du traitement :				

ANALYSES DE LABORATOIRE				
Date de la prescription : <u>23/11/23</u>	Date d'exécution : <u>23/11/23</u>			
Date de la prescription : <u>11/11/23</u>	Date d'exécution : <u>11/11/23</u>			

PHARMACIE / FOURNISSEUR				
Date de la prescription : <u>11/11/23</u>	Date de délivrance : <u>11/11/23</u>			
Date de la prescription : <u>11/11/23</u>	Date de délivrance : <u>11/11/23</u>			
Date de la prescription : <u>11/11/23</u>	Date de délivrance : <u>11/11/23</u>			
Date de la prescription : <u>11/11/23</u>	Date de délivrance : <u>11/11/23</u>			
Date de la prescription : <u>11/11/23</u>	Date de délivrance : <u>11/11/23</u>			

AUTRES FRAIS DE SANTÉ				
Description des frais facturés :				



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIER
CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX
Tél. : 33 1 64 14 62 62
www.cfe.fr

MR ABDELLAOUI HAMDOUNE
VILLA 72 LOTISSEMENT AIN DIAB II
ANFA
20180 CASABLANCA
MAROC

Rubelles, le 03/11/2023

AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Éléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie (100%) 16/10/2023 16/10/2023 16/10/2023 16/10/2023 16/10/2023 28/10/2023 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE REFERENCE : 20231102I00216 -E	32,38 41,63 61,51 NUMERO DE DEMANDE : 230975157	25,00		1 1 1	25,00 41,63 61,51	100 72 65	25,00 29,97 39,98 94,95

Montant total payé en Euros

94,95

Merci d'attendre quelques jours avant de formuler une réclamation si ce décompte n'intègre pas toutes les factures adressées par un même envoi postal. Il peut effectivement arriver que le remboursement de vos dépenses médicales intervienne à quelques jours d'intervalle en fonction de la nature des soins facturés.

Notre procédure de remboursement diffère en fonction du lieu de réalisation des soins. En cas d'envoi simultané de vos feuilles de soins (réalisés en France et à l'étranger), vous recevrez des décomptes séparés, une fois les remboursements effectués.

Lorsque vous déposez en ligne vos demandes dans votre Espace Personnel, vous devez garder les documents originaux pendant une période maximum de 27 mois à partir de la date de vos soins.

Les expatriés et leurs ayants droit assurés à la CFE ne sont pas concernés par les dispositions relatives au parcours de soins en France et n'ont pas à choisir de médecin traitant, ni à le consulter avant une visite chez un spécialiste. Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n°2005-275 du 27/05/05)

Assuré

N° de Sécurité Sociale : 1 53 52 99 350 747 76

Règlement

Référence : 20231102I00216

Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI

Mode : Virement SEPA

Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48

Nom : ABDELLAOUI

Prénom : HAMDOUNE

DOCTEUR MOHAMED SLAOU
Spécialiste en Hépatologie - Gastro - Entérologie



الدكتور محمد السلاوي
إختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد والبواسير

Casablanca, le 16/10/23 في الدار البيضاء.

M^r ABDELLAH Hamdani

NOUS DIBNO RAKES

1/2 casyl

350 DS

230

410 DS

200
100

800 DS

82. زنتقة سومية، زاوية شارع عبد المومن . الطابق الثاني، عمارة « فياط - جيب ». حي النخيل . الدار البيضاء، المغرب
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen . 2^{ème} étage, imm. « Fiat - Jeep », quartier Palmiers . Casablanca, Maroc
Tél. : 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 . Tél. Fax : 05 22 25 99 87 . Urgence : slaouimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps
Arrêt TRAM : Ligne 1 WAFASALAF محطة طرامواي وفا سلف عبد المومن

DOCTEUR MOHAMED SLAOUI

Spécialiste en Hépatologie - Gastro - Entérologie



الدكتور محمد السلاوي

إختصاصي في أمراض المعدة و الأمعاء و الكبد و البواسير

Casablanca, le

16/10/2023

الدار البيضاء, في

ABDELLAOUI Hamdoune

NFS, plaquettes

Ferritinémie

ASAT AUT. 56

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca

Docteur Mohamed Slaoui
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie
Proctologie Médico - Chirurgicale
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
82, Rue Soumaya Angle Bd Abdelmoumen
2e Etage, Immeuble « Fiat - Jeep » - Casablanca - Marr
Tél: 0522 23 78 83 - Tél / Fax: 0522 23 78 83
slaouimed.doc@gmail.com

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

IF : 40303250 CNSS : 1121946 RC : 187112 INPE : 09300124 TP : 35504101
ICE : 001656516000089
RIB : 007780000200100000003735

FACTURE N° : 230000088

CASABLANCA le 28-10-2023

Mr ABDELAOUI Hamdoune

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Prélèvement sanguin	E	25
0147	Transaminases P (TGP)	B	50
0146	Transaminases O (TGO)	B	50
0154	Ferritine	B	250
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B	50
0216	Numération formule	B	80

Total des B : 480

TOTAL DOSSIER : 668 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent soixante-huit dirhams .

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tel : 052227 28 08 - 0522275388 - 0522473579 - Fax : 0522296486
Site Web : www.labotazi.ma - mail : labotazicasa@gmail.com - labo.tazi@yahoo.fr

78, Rue d'Alger - Casablanca - TEL : 052227 28 08 - 0522275388 - 0522473579 - Fax : 0522296486
Site Web : www.labotazi.ma - mail : labotazicasa@gmail.com - labo.tazi@yahoo.fr



Casablanca, le

16/10/2023

Echographie Abdominale

ABDELLAOUI Hamdoune

Indication

BIERMER SOUS B12

DNID; HTA

Examen

Le foie est d'echostructure homogène, hyperéchogène dans son ensemble, avec absorption des ultrasons en profondeur, réalisant un aspect "brillant" du foie, compatible avec une stéatose hépatique modérée. Les contours du foie sont réguliers, sa taille est normale ; on ne retrouve pas d'image focale en son sein ; il n'y a pas de dysmorphie

La vésicule biliaire est alithiasique

La voie biliaire principale est fine, mesurée à 3mm, elle est apparemment libre ;

Les voies biliaires intra-hépatiques ne sont pas dilatées, les veines sus-hépatiques sont de répartition et de morphologie normale ;

Le TP est mesuré à 11 mm, de calibre normal, libre,

La rate est d'echostructure homogène, 134mm.

Les deux reins sont de taille normale, avec une bonne différenciation cortico-médullaire, il n'y a pas d'image de lithiase ni d'hypotonie des calices ; kyste simple du rein gauche 40 mm environ

Le pancréas est exploré partiellement car gêné par gaz

Il n'est pas détecté d'adénopathies profondes,

Il n'y a pas d'ascite dans le cul de sac de DOUGLAS, ni dans l'espace inter-hépato-rénal de MORISSON.

Pas d'épaississement des parois gastriques ni adénomégalies

Conclusion

STEATOSE HEPATIQUE NON COMPLIQUEE

PAS D'EPAISSISSEMENT DES PAROIS GASTRIQUES NI ADENOMEGALIES

POUR MEMOIRE: KYSTE SIMOPL DU REIN GAUCHE

A COMPLETER PAR UN BILAN ET UNE FIBROSCOPIE

Dr. Mohamed Slaoui
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie -
Proctologie Médicale - Chirurgicale
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
82, Rue Soumaya Angle Bd Abdelmoumen
2^e Etage, Imm « Fiat - Jeep » - Casablanca - Maroc
Tél: 0522 23 78 83 - Tél / Fax: 0522 25 99 8
slaouimed.doc@gmail.com



مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCIH
CERTIFICAT ISO 9001:2008

QUALITATEM
www.ascih-qualitem.fr

TAZI KARIM

MOHAMED

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Dr SLAOUI MOHAMED

82.Rue Soumaya.Angle Boulevard Abdelmoumen

2ème étage,Quartier Palmiers CASABLANCA

Mr ABDELAOUI Hamdoune

Né(e) le : 01-01-1953 (70 ans)

Dossier N° : 23100236

Code patient : 23100236

Examen du 28-10-2023 - Edité le 28-10-2023

HEMATOCYTOLOGIE

(Sysmex XN 1000)

Hemogramme

Hématies :	5.31	M/mm ³	(4.20-5.70)
Hémoglobine :	14.9	g/100ml	(13.0-17.0)
Hématocrite :	46.3	%	(40.0-52.0)
-VGM :	87.2	μ ³	(80.0-95.0)
-TCMH :	28.1	pg	(28.0-32.0)
-CCMH :	32.2	g/100ml	(30.0-35.0)
Leucocytes :	5 700	/mm ³	(4 000-10 000)
Polynucléaires Neutrophiles :	55.0	%	(40.0-75.0)
Soit:	3 135	/mm ³	(2 000-7 500)
Polynucléaires Eosinophiles :	2.0	%	(1.0-4.0)
Soit:	114	/mm ³	(100-400)
Polynucléaires Basophiles :	0.0	%	(0.0-1.0)
Soit:	0	/mm ³	(0-150)
Lymphocytes :	37.0	%	(20.0-45.0)
Soit:	2 109	/mm ³	(800-4 000)
Monocytes :	6.0	%	(2.0-8.0)
Soit:	342	/mm ³	(200-800)
Plaquettes :	183 000	/mm ³	(150 000-400 000)

BIOCHIMIE SANGUINE

(Cobas 6000)

Transaminases GPT (ALAT)	15	UI/L	(10-40)
Transaminases GOT (ASAT)	18	UI/L	(<40)
Gamma glutamyl-transferase (GGT)	17.0	UI/l	(10.0-50.0)
Ferritine	19.6	ng/mL	(15.0-425.0)

LABORATOIRE TAZI
TAZI Karim
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86