

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

caire :

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.

adie 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

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

RAS : 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° P19-0035284

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4246

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Aouni bay Nounddine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 20 84 70 32

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 :

27 SEP 2009

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-035284

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 kinsithérapeute
- 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 ou 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
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
biaux 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 venir 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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU003277

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : AOUNI BAY NOUREDDINE
Matricule : 4246 Fonction : RETRAITE Poste :
Adresse : RD 7 n°10 CHAÏB BENHAR BANE, TANGER
Tél. : 0620 847032 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AOUNI BAY NOUREDDINE Age 05 | 03 | 58
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 14-08-12
Nature de la maladie : C.N. 27 SEP. 2019
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :

A Tanger, le 14 / 08 / 2019 Signature et cachet du médecin :
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 003277
Matricule N° : 4246
Nom du patient : AOUNI BAY NOUREDDINE
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14-08-19 | 180 | | 3200 | |
| 14-08-19 | 180 | | 750 | |
| 14-08-19 | 180 | | 4030 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant | Facture |
|--|------|---------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates 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 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | 25533412 | H | 21433552 | 00000000 | | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 35533411 | B | 11433553 | Coefficient DES TRAVAUX |
| | 25533412 | H | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | G | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | B | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

médecin prescripteur

Dr. TAKKAL Abdelmalek
Chirurgie Générale
CLINIQUE ASSALAM TANGER
10, Av. de la paix - Tanger
Tél: 0539 32 25 58 - Fax: 0539 32 25 75

Tanger, le 14. 9. 19

Nom du patient :

C20.

Diagnostic varies Not
invers might of 1852h
due

C Ro: sur RA.
- Enlèvement de tout le NSF
du t... - Nourriture du Shipp
non absorbé de la vessie de
recevoir au cœur poplite
recevoir de Shipp
Shipp - l de la vessie sur C
- Mère de lui.

Dr. TAKKAL Abdelmalek / El yel
Chirurgie Générale
CLINIQUE ASSAM TANGER.

Dr. TAKKAL Abdelmalek
Chirurgie Générale

Clinique ASSALAM Tanger

Médico-Chirurgicale

Facture N° F1746/19

| Date Facture | Réf. Dossier | Nom & Prénom Patient | Chambre | D. Entrée | D. sortie |
|--------------|--------------|----------------------|---------|------------|------------|
| 16/09/2019 | A4432/1 | AOUNIBAY NOUREDDINE | | 14/09/2019 | 15/09/2019 |

| LIBELLE D'ACTE | QUANTITE | PRIX UNIT. | MONTANT |
|---------------------------------------|----------|------------|-----------------|
| PRESTATION CLINIQUE | | | |
| AMI | 1 | 200.00 | 200.00 |
| Bloc Opératoire K 80 | 1 | 1 980.00 | 1 980.00 |
| Hospitalisation | 1 | 400.00 | 400.00 |
| TOTAL PRESTATION CLINIQUE | | | 2 580.00 |
| | | | |
| PHARMACIE | | | 1 450.81 |
| | | | 1 450.81 |
| PRESTATIONS NON CLINIQUE | | | |
| Honoraires Chirurgiens Dr Takkal | 1 | 3 200.00 | 3 200.00 |
| Honoraires Anesthésiste Dr Sadki | 1 | 750.00 | 750.00 |
| TOTAL PRESTATIONS NON CLINIQUE | | | 3 950.00 |

CLINIQUE ASSALAM TANGER
Service Facturation
10, av. de l'Indépendance
Tél: 0539 32 25 58 - Fax: 0539 32 25 75

| Réglement | Montant Total | Droit de Timbre (0.25%) * | Net à Payer |
|-----------|---------------|---------------------------|-------------|
| ESPECE | 7 980.81 | 19.95 | 8 000.76 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS, QUATRE-VINGT ET UN CTS

(*) Droit de Timbre sur état, Décision N° 2/04 du 17/03/2004

Clinique ASSALAM Tanger

Médico-Chirurgicale

Détail Pharmacie

AOUNIBAY NOUREDDINE

Facture N° F1746/19

| Date | DESIGNATION | QUANTITE | PRIX UNIT. | MONTANT |
|------------|----------------------------|----------|------------|---------|
| 14/09/2019 | SERIN 5CC | 1 | 2.70 | 2.70 |
| 14/09/2019 | LAME DE BISTOURI 15 | 1 | 3.60 | 3.60 |
| 14/09/2019 | PROFENID 100 MG IV | 1 | 9.16 | 9.16 |
| 14/09/2019 | INTRANULE BLEU | 1 | 12.00 | 12.00 |
| 14/09/2019 | PERFUSEUR | 1 | 12.00 | 12.00 |
| 14/09/2019 | STRIPER | 1 | 400.00 | 400.00 |
| 14/09/2019 | BANDE JERSY | 1 | 20.00 | 20.00 |
| 14/09/2019 | STERILIN 0 BOBINE | 1 | 24.00 | 24.00 |
| 14/09/2019 | CHLORURE SODIUM 500ML | 1 | 24.10 | 24.10 |
| 14/09/2019 | EPHEDRINE | 1 | 25.00 | 25.00 |
| 14/09/2019 | GLUCOSE 5% 500ML | 1 | 25.60 | 25.60 |
| 14/09/2019 | FENTANYL | 1 | 35.00 | 35.00 |
| 14/09/2019 | ETHILON 3/0 | 1 | 40.00 | 40.00 |
| 14/09/2019 | MARCAINE 0.50% | 1 | 46.50 | 46.50 |
| 14/09/2019 | OEDES 40 MG INJ 5 FL | 1 | 49.80 | 49.80 |
| 14/09/2019 | CAZAQUE JETABLE (STERIFIL) | 1 | 50.00 | 50.00 |
| 14/09/2019 | ELASTOPLAST 10 CM | 1 | 96.30 | 96.30 |
| 14/09/2019 | STERIXYL 2/0 CR | 1 | 65.00 | 65.00 |
| 14/09/2019 | AIGUILLE RACHI | 1 | 90.00 | 90.00 |
| 14/09/2019 | MAXICLAV 1 G | 2 | 24.90 | 49.80 |
| 14/09/2019 | COMPRESSES STERIFIL 20X20 | 15 | 1.50 | 22.50 |
| 14/09/2019 | SERIN 10CC | 2 | 3.20 | 6.40 |
| 14/09/2019 | GANT STERILES HANDSELL | 2 | 8.00 | 16.00 |
| 14/09/2019 | ANDOL INJ | 3 | 18.80 | 56.40 |
| 15/09/2019 | ANDOL INJ | 3 | 18.80 | 56.40 |
| 15/09/2019 | SERIN 10CC | 2 | 3.20 | 6.40 |
| 15/09/2019 | GLUCOSE 5% 500ML | 3 | 25.60 | 76.80 |
| 15/09/2019 | MAXICLAV 1 G | 3 | 24.90 | 74.70 |
| 15/09/2019 | LOVENOX 40 | 1 | 54.65 | 54.65 |

Total Pharmacie

1 450.81

Tanger, le : 14/09/2019

NOTE D'HONORAIRES

Madame, Monsieur : **AOUNIBAY - NOUREDDINE**

J'ai l'honneur de vous présenter la note d'honoraires

Pour : **K 80**

S'élevant à la somme de : **3200**

TROIS MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Docteur : TAKKAL

Signature + Cachet :


Dr. TAKKAL Abdelmalek
Chirurgie Générale
CLINIQUE ASSALAM TANGER :
10 av. de la paix - Tanger
Tél. 0539 32 25 56 - Fax 0539 32 25 75

Tanger, le : 14/09/2019

NOTE D'HONORAIRES

Madame, Monsieur : **AOUNIBAY - NOUREDDINE**

J'ai l'honneur de vous présenter la note d'honoraires

Pour : **K 80/2**

S'élevant à la somme de : **750**

SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

Docteur : **SADKI**

Signature + Cachet :

Dr. Sadki Youssef
ANESTHÉSIOLOGUE - RÉANIMATEUR
CLINIQUE EL-ASSALAM TANGER
10, Av. de la paix - Tanger
Tél.: 0539 32 25 58 - Fax : 0539 32 25 75

Centre de Radiologie Ibn Sina Tanger

الدكتور Docteur
ديوري محمد Diouri Mohamed

الدكتور Docteur
عاصمي مروني محمد Alami M. Mohamed

Résonance magnétique 1,5T (IRM) - Scanner multibarrettes 3D
Radiologie et Mammographie numérisées - Ostéodensitométrie
Dentascan - Cone Beam - Radio Panoramique dentaire - Echographie

Nom et Prénom : AOUNIBAY Nouredine

Médecin demandeur : DR AKALAY ADIL

Nature de l'examen : ECHOGRAPHIE DOPPLER DU M.I DROITE

Tanger le : 11/09/2019

Compte Rendu

Cher(e) confrère, merci de la confiance que vous nous avez témoignée

Réseau veineux profond :

*L'exploration ultrasonographique par sonde haute fréquence montre des axes veineux fémoro-poplités et jambiers profonds dépressibles au passage de la sonde sans mise en évidence de matériel échogène endoluminal ni épaississement de paroi.

Réseau veineux superficiel du M.I droit :

Veine saphène interne :

*La VSI mesure 6,3 mm à la crosse et mesurant entre 3,4 mm et de 4,7 mm de diamètre tronculaire crural sans mise en évidence de reflux veineux significatif en manœuvre dynamique.

*Elle est alimentée pour un réseau de veines superficielles ectasiques jambiers sous cutanés.

Veine saphène externe :

*La VSE est dilatée : mesurant 10,2 mm à la crosse est alimentant un important paquet variqueux de la face latérale de la jambe droite reflux significatif tronculaire et du paquet variqueux en manœuvre dynamique.

Par ailleurs,

Réseau artériel du M.I droit :

*L'artère fémorale commune et artère fémorale superficielle et poplitée montrent des flux de type triphasique de vélocimétrie normale, l'amplitude est normale.

*On ne note pas de phénomène d'aliasing.

*L'axe artériel jambier montrant des flux de vélocimétrie physiologique et d'amplitude satisfaisante au niveau artériel tibial postérieur et tibial antérieur et péronier jusqu'en distalité "en mode B", on ne note pas de remaniement athéromateux sténosant.

CONCLUSION :

-Incontinence veineuse saphène externe droite avec importante dilatation tronculaire de la VSE alimentant un important paquet variqueux de la face latérale de la jambe droite.

-VSI droite continente.

-Pas de thrombose veineuse profonde.

Dr. ALAMI MERROUNI M.
RADIOLOGUE
CENTRE DE RADIOLOGIE
IBN SINA - TANGER
INP 161005467



Bachir ACHETOUAN

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie - Immunologie
Bactériologie - Mycologie - Virologie - Parasitologie

مختبر التحليلات الطبية كستيا

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASTILLA

Page : 2/2

Prélèvement du : 13/09/19

Edition du : 11/09/19

Nom : Monsieur AOUNI BAY NOUREDDINE

Réf. : 191482

Médecin : Docteur Abdelmalek TAKKAL

Compte rendu d'analyses

| | | | Normales |
|-------------------|------|--------|-------------|
| Chlore -----: | 104 | mmol/l | 97 - 111 |
| Urée -----: | 0,24 | g/l | 0,15 - 0,45 |
| Soit -----: | 4,00 | mmol/l | 2,5 - 7,5 |
| Créatinine -----: | 8,81 | mg/l | 6 - 13 |
| Soit -----: | 78 | μmol/l | 53 - 115 |

Laboratoire Castilla
Bachir ACHETOUAN
Pharmacien Biologiste
137, Rue de Fès - Tanger
Tel.: 0539 32 21 56 - Fax: 0539 34 07 83



Page : 1/2

Prélèvement du : 13/09/19

Edition du : 11/09/19

Nom : Monsieur AOUNI BAY NOUREDDINE

Réf. : 191482

Médecin : Docteur Abdelmalek TAKKAL

Compte rendu d'analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

| | | | Normales (Homme Adulte) |
|------------------------|---------|-------------------|----------------------------|
| NUMERATION GLOBULAIRE | | | |
| Globules blancs -----: | 8 900 | /mm ³ | 4000 - 10000 |
| Globules rouges -----: | 5,38 | M/mm ³ | 4,2 - 5,7 |
| Hémoglobine -----: | 15,4 | g/100 ml | 14 - 17 |
| Hématocrite -----: | 45 | % | 40 - 50 |
| - VGM -----: | 84 | fl | 80 - 95 |
| - TCMH -----: | 29 | pg | 28 - 32 |
| - CCMH -----: | 34 | g/100 ml | 30 - 35 |
| Plaquettes -----: | 251 000 | /mm ³ | 150000 - 400000 |

FORMULE

| | | | |
|------------------------------------|------|-----------------------------|-------------|
| Polynucléaires neutrophiles -----: | 52 % | Soit 4 628 /mm ³ | 2000 - 7500 |
| Polynucléaires éosinophiles -----: | 4 % | Soit 356 /mm ³ | 40 - 300 |
| Polynucléaires basophiles -----: | 0 % | Soit 0 /mm ³ | < 100 |
| Lymphocytes -----: | 36 % | Soit 3 204 /mm ³ | 1500 - 4000 |
| Monocytes -----: | 8 % | Soit 712 /mm ³ | 40 - 800 |

HEMOSTASE

| | | | |
|----------------------------------|----|-----|----------|
| Taux de prothrombine (TP) -----: | 77 | % | 70 - 100 |
| Temps de céphaline kaolin (TCK) | | | |
| Témoin -----: | 32 | sec | |
| Patient -----: | 30 | sec | |

BIOCHIMIE

| | | | |
|------------------|-----|--------|-----------|
| Sodium -----: | 137 | mmol/l | 135 - 145 |
| Potassium -----: | 3,8 | mmol/l | 3,5 - 5 |

Laboratoire Castilla
Bachir ACHETOUAN
Pharmacien Biologiste
137, Rue de Fès - Tanger
Tél.: 0539 32 21 56 - Fax: 0539 34 07 83