

# 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.

## 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



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

**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0032073

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2136 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHENTOUF - OUMAIMA

Date de naissance : 03-02-2003

Adresse : TANGER

Tél. : 06 66 28 29 54 Total des frais engagés : 1510,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/03/2024

Nom et prénom du malade : CHENTOUF - OUMAIMA Age :

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

Nature de la maladie : Bilan d'entretien

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 : 19-03-24 Le : 19/03/24

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-032073

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 : 1510,80

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19-03-24        | C                 |                       | G                               |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture  |
|---|----------|--|
| Pharmacie TAJ EDDINE<br>Rue Echahid Benlahcen n°568<br>Hay Brahas 16 TANGER<br>Tél: 05 39 31 18 27<br>INPE: 162102628 | 19-03-24 | Pharmacie TAJ EDDINE<br>Rue Echahid Benlahcen n°568<br>Hay Brahas 16 TANGER<br>Tél: 05 39 31 18 27<br>INPE: 162102628<br>4054,80 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE MEDICAL<br>Rue de Fes 23<br>Hay Brahas 16 TANGER<br>Tél: 05 39 94 23 23<br>INPE: 162102827 | 19/03/24 | B 330                        | 460 DH                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# VOLET ADHERENT

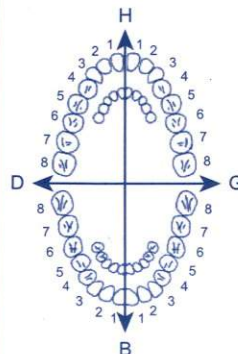
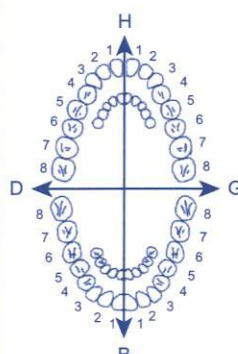
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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 <input type="text"/> |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |   | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |   | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |   | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></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   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  | 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. Sanae Nasri

Lauréate des Facultés de Médecine  
de Rabat et Montpellier  
Ancien Médecin interne à l'hôpital  
Eugène André à Lyon en France

Diabétologie, Diététique Médicale et Nutrition  
Echographie, Médecine Générale



## الدكتورة سناء نصري

خريجة كلية الطب بالرباط و مونييلي  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى  
أوجين أندري بليون بفرنسا

داء السكري ، الحمية الطبية ، التغذية  
إيكوغرافيا ، الطب العام

Tanger le : 19/03/2024

Mme CHENTOUF Oumaima

**FERPLEX fol 40MG/15ML SOLUTION BUVABLE BOÎTE DE 10  
FLACONS DE 15 ML**

1 Ampoule le matin 1 Ampoule le soir après le repas  
pendant 3 mois

**FERPLEX<sup>®</sup> FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable  
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate  
Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.  
PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047



**FERPLEX<sup>®</sup> FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable  
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate  
Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.  
PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

**FERPLEX<sup>®</sup> FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable  
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate  
Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.  
PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

**FERPLEX<sup>®</sup> FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable  
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate  
Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.  
PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

**FERPLEX<sup>®</sup> FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable  
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate  
Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.  
PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

**Pharmacie TAJ EDDINE**  
Rue Echahid Benlacen n°56R  
Hay Branes I - TANGER  
Tél: 0539 31 18 27

**FERPLEX<sup>®</sup> FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable  
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate  
Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.



6 118001 440047

**FERPLEX<sup>®</sup> FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable  
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate  
Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.  
PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

**FERPLEX<sup>®</sup> FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable  
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate  
Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.  
PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

زاوية شارع ولي العهد وابن الهيثم، إقامة المحمودية 1، عيادة 6 طنجة  
Angle Av. Prince Héritier et Ibn Haytem, Res Mahmoudia 1 bureau N°6 Tanger

+212 (0) 654 64 53 60

+212 (0) 539 34 20 26

sanaekasm@yahoo.fr



# Dr. Sanae Nasri

Lauréate des Facultés de Médecine  
de Rabat et Montpellier  
Ancien Médecin interne à l'hôpital  
Eugène André à Lyon en France

Diabétologie, Diététique Médicale et Nutrition  
Echographie, Médecine Générale



## الدكتورة سناء ناصري

خريجة كلية الطب بالرباط و مونتيلي  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى  
أوجين أندري بليون بفرنسا

داء السكري ، الحمية الطبية ، التغذية  
إيكوغرافيا ، الطب العام

19/03/2024

**Mme CHENTOUF Oumaima 21 ans**

**A réaliser svp**

**FERRITINE**

**NFS**

**Dr Sanae NASRI**  
Diabétologie - Diététique Médical  
et Nutrition Echographie  
Médecine Générale  
Ras Mahmoudia 1 bureau N°6 - Tanger  
Angle Av. Prince Heritier et Ibn Haytem  
Tél: 0539 34 20 26 - 0654 64 53 60  
INPE: 161170774

**LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALES**  
**LABONORD**  
67/69, Rue de Fes - Tanger  
Tél.: 05 39 94 25 87  
INPE: 163002827

زاوية شارع ولي العهد و ابن الهيثم، إقامة المحمودية 1، عيادة 6 طنجة  
Angle Av. Prince Heritier et Ibn Haytem, Res Mahmoudia 1 bureau N°6 Tanger  
+212 (0) 654 64 53 60  
+212 (0) 539 34 20 26  
sanaekasm@yahoo.fr

**LABORATOIRE LABONORD**

67 rue de Fes 90060 TANGER

Tel : 0539942587

Fax : 0539942049

**Dr Hammou Hamid ZEROUAL**

Patente 50452044 IF: 18723216 RC : 73435 ICE : 0016 15102 0000 51

INPE: 163002827

**FACTURE : 161446**

TANGER , 19/03/2024

**ZR 113374 PA**

**Nom et Prénom : Mlle CHENTOUF Oumaima**

**Prescripteur : Dr. DR NASRI SANAE**

**Référence : 190324 068**

**Date : 19/03/2024**

**BILAN :**

SECR Dh 0,00+ NFS B 80 + FERR B 250 +

Soit 330 B

**MONTANT NET : 460,00 Dhs**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

*Quatre cent soixante Dh*

**Dr H.ZEROUAL**

LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALES  
LABONORD  
67/69 Rue de Fes - Tanger  
Tel : 05 39 94 25 87  
INPE: 163002827





**Dr. ZEROUAL H.** **الدكتور زروال ح.**  
Pharmacien - Biologiste  
Montpellier - France

1er Laboratoire du Nord depuis 1977

أول مختبر بشمال المغرب منذ 1977

1<sup>er</sup> Laboratoire CERTIFIÉ au nord du Maroc

أول مختبر تاصل على شهادة الجودة في شمال المغرب



Dossier N°: **1903 068**

Prélèvement Effectué par le Laboratoire

Date du prélèvement : 19/03/2024

Date d'édition : 21/03/2024

Patient : Mlle **CHENTOUF Oumaima**

Prescripteur: **DR NASRI SANAE**

CIN ou N Passeport:

- Ancien Assistant en Bactériologies - Montpellier.

- D.U. Assurance de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V.

- CES : Biochimie, Sérologie, Hématologies, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie, Biologie Moléculaire, Immuno fluorescence.

## HEMATOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

### HEMOGRAMME

(Technique Pentra 80)

#### NUMERATION GLOBULAIRE

(Impédance et Absorbance)

|                  |                       |                   |                      |                  |
|------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| Hématies.....    | 5,13                  | M/mm <sup>3</sup> | (N : 3.8 à 5.9)      | 14/12/23 : 4.91  |
| Hémoglobine..... | 15,3                  | g/dl              | (N: 12 à 15.0)       | 14/12/23 : 14.8  |
| Hématocrite..... | 45,50                 | %                 | (N : 36.0 à 45)      | 14/12/23 : 43.49 |
| V.G.M.....       | 89                    | fl                | (N : 80 à 98)        | 14/12/23 : 89    |
| T.G.M.H.....     | 29,8                  | pg                | (N : 27 à 33)        | 14/12/23 : 30.1  |
| C.C.M.H.....     | 33,6                  | %                 | (N : 32 à 36)        | 14/12/23 : 34.0  |
| Leucocytes.....  | 5 750/mm <sup>3</sup> |                   | (N : 4 000 à 10 000) | 14/12/23 : 6500  |

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

(Cytométrie de flux)

|                               |       |                  |                  |                 |
|-------------------------------|-------|------------------|------------------|-----------------|
| Polynucléaires Neutrophiles : | 47,00 | %                |                  |                 |
| Soit                          | 2 703 | /mm <sup>3</sup> | (N:1700 à 7 500) | 14/12/23 : 3101 |
| Lymphocytes .....             | 39,30 | %                |                  |                 |
| Soit                          | 2 260 | /mm <sup>3</sup> | (N:1400 à 4500)  | 14/12/23 : 2353 |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 7,50  | %                |                  |                 |
| Soit                          | 431   | /mm <sup>3</sup> | (N : 200 à 630)  | 14/12/23 : 689  |
| Polynucléaires Basophiles.. : | 0,50  | %                |                  |                 |
| Soit                          | 29    | /mm <sup>3</sup> | (N : < 100)      | 14/12/23 : 39   |
| Monocytes.....                | 5,70  | %                |                  |                 |
| Soit                          | 328   | /mm <sup>3</sup> | (N : 200 à 800)  | 14/12/23 : 319  |

CONTROLE FORMULE (100%)

100

PLAQUETTES.....

254 Milles/mm<sup>3</sup> (150 à 450 Milles)

14/12/23 : 284

(Impédance)

INTERPRETATION 1 ..... HEMOGRAMME NORMAL.

LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALES  
LABONORD  
67/69, Rue de Fès - Tanger  
Tél.: 05 39 94 25 87  
INPE 253702827

Pour Toutes Informations Demander Dr.Zeroual au **0661 15 83 53** للمزيد من المعلومات، الإتصال بالدكتور زروال

**LE LABORATOIRE 'LABONORD' EST CERTIFIÉ NM ISO 9001 : 2015** 1 / 2

67/69, Rue de Fès - TANGER - Tél Laboratoire: 05 39 94 25 87 / 05 39 94 27 82 - Fax.: 05 39 94 20 49-Tél Pharmacie : 05 39 94 35 37

05 39 94 35 37 : هاتف الصيدلية - 05 39 94 20 49 : الفاكس - 05 39 94 25 87 / 05 39 94 27 82 : هاتف المختبر - طنجة - شارع فاس - 69/67

E-mail: ham\_zer@yahoo.fr / hamzeroual@gmail.com - Site web : www.labonordtanger.com



**Dr. ZEROUAL H.** الدكتور زروال ح.  
Pharmacien - Biologiste  
Montpellier - France  
إختصاصي في التحليلات  
مونتبولييه - فرنسا

1er Laboratoire du Nord depuis 1977

أول مختبر بشمال المغرب منذ 1977

1 er Laboratoire CERTIFIÉ au nord du Maroc

أول مختبر حاصل على شهادة الجودة في شمال المغرب



Prélèvement Effectué par le Laboratoire  
Date du prélèvement : 19/03/2024  
Date d'édition : 21/03/2024

Patient : Mlle **CHENTOUF Oumaima**  
Prescripteur: **DR NASRI SANAË**  
CIN ou N Passeport:

- Ancien Assistant en Bactériologies - Montpellier.
- D.U. Assurance de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V.
- CES : Biochimie, Sérologie, Hématologies, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie, Biologie Moléculaire, Immuno fluorescence.

## HORMONOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

### FERRITINE

(Technique immunoturbidimétrique COBAS E411)

RESULTAT.....:

30,60 ng/ml

14/12/23 : 7.19

#### Valeurs de référence

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| Enfant (0 à 18 ans) .....  | 10 à 105 ng/mL |
| Hommes (20 à 60 ans) ..... | 30 à 400 ng/mL |
| Femmes (17 à 60 ans) ..... | 15 à 150 ng/mL |

LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALES  
LABONORD  
67/69, Rue de Fès - Tanger  
Tél.: 05 39 94 25 87  
INPE: 163002827

Pour Toutes Informations Demander Dr.Zeroual au 0661 15 83 53 للمزيد من المعلومات، الإتصال بالدكتور زروال

**LE LABORATOIRE 'LABONORD' EST CERTIFIÉ NM ISO 9001 : 2015** 2 / 2

67/69, Rue de Fès - TANGER - Tél Laboratoire: 05 39 94 25 87 / 05 39 94 27 82 - Fax.: 05 39 94 20 49 - Tél Pharmacie : 05 39 94 35 37

05 39 94 35 37 : هاتف الصيدلية - 05 39 94 20 49 : الفاكس - 05 39 94 25 87 / 05 39 94 27 82 : هاتف المختبر - طنجة - شارع فاس - 69/67

E-mail: ham\_zer@yahoo.fr / hamzeroual@gmail.com - Site web : www.labonordtanger.com