

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-787486

AS8625 Courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3462

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SOUSSE LAHOUCINE

Date de naissance :

30/06/1946

Adresse :

Rue Moulay Abdelhadjid n°7 Hay EL HASSANI
Lacroune

Tél. :

06 67 19 73 83

Total des frais engagés :

7988,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/4/23

04186420

Nom et prénom du malade :

SOUSSE LAHOUCINE

Age :

1946

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

RTUV

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 : 24/4/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-787486

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupons à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

3462

Nom de l'adhérent(e)

SOUSSE LAHOUCINE

Total des frais engagés

7988,20

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 |
| 12/04/23 | T. facture | 1988,20DH | | |

[illegible][illegible][illegible]

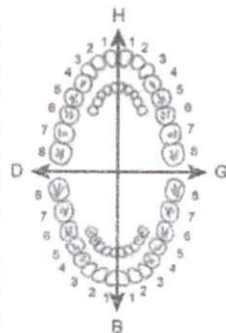
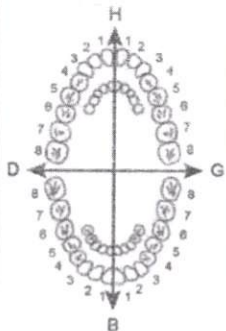
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|
|  | | | | 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. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | 00000000 | 00000000 | 25533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



BULLETIN DE SORTIE

Nom, Prénom: Soussi LAHDUCINE

N° Dossier :

Date d'entrée : 11/04/2023

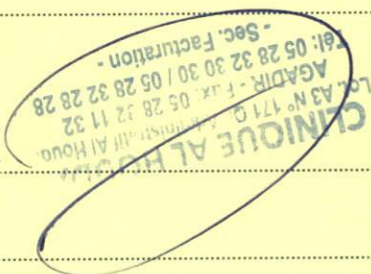
Date de Sortie : 12/04/2023

Médecin traitant : Dr. GUEDIRA HASSAN

Diagnostic : RTUV

Prescription :

Rendez-vous Le :



CLINIQUE AL HOUDA



مصلحة الهدى

Dossier N°:

2023060210001

Agadir, le:

12/04/2013

Chambre N°:

REÇU

0051322

La Clinique Al Houda, déclare avoir reçu la somme (espèce - chèque)

de Mr / Mme :

27988,20 DH (Sept mille
Neuf cent quatre vingt huit dinars et 20 c)

Pour les frais d'hospitalisation de Mr / Mme :

Soussi Lahoucine

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

CLINIQUE AL HOUDA
Lot A3 N° 171 - Quartier Administratif Al Houda
AGADIR - Tél: 05 28 32 30 30 - Fax: 05 28 32 11 32

Clinique Al HOUDA, Ilot A3 N° 171, Quartier Administratif - En face de la mosquée

Khalid Brou Alwalid - Cité ALHOUDA - AGADIR

Tél.: 05 28 32 30 30 - 05 28 32 28 28 - Fax: 05 28 32 11 32

CLINIQUE AL HOUDA



مصحة الهدى

Agadir, le 11/04/23

M. SOUSSI LAHOUCINE
CLINIQUE مصحة



الهدى

AL HOUDA



Clinique AL HOUDA, Lot A3 N° 171, Quartier Administratif - En face de la mosquée

Khalid Bnou Alwalid - Cité ALHOUDA - Agadir

Tél : 05 28 32 30 30 - 05 28 32 28 28 - Fax : 05 28 32 11 32

CLINIQUE AL HOUDA



مصحة الهدى

Agadir, le.....

M. Soussi LAHOUCINE
CLINIQUE مصحة



الهدى

AL HOUDA

Dr. EL ATMANI Salma
Anesthésiste Réanimateur
Clinique Al Houda
AGADIR

LABORATOIRE Dr. EL ALLALI
DIAGNOSTICS MEDICALES
Pharmacie Biologie
Tél: 05 28 32 28 28
Fax: 05 28 32 11 32

Clinique AL HOUDA, Lot A3 N° 171, Quartier Administratif - En face de la mosquée
Khalid Bnou Alwalid - Cité ALHOUDA - Agadir

Tél : 05 28 32 30 30 - 05 28 32 28 28 - Fax : 05 28 32 11 32

Patient : Mr. SOUSSI Lahoucine
Médecin : Dr. CLINIQUE EL HOUDA

Dossier N° 110423 021

Élevement Effectué au laboratoire

le 11/04/2023 à 09h25

CIN:SH6298 N°PASSEPORT:

Sexe M DN:30/06/1946 (76 ans)

Page : 2 / 2

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE :

| | | | |
|---------------------------|------|-----|--------------------|
| Temps du malade..... | 13,7 | sec | |
| Temps du témoin..... | 12,5 | sec | |
| Taux de prothrombine..... | 83 | % | 70 à 100 |
| TCX | 28.5 | | Temps du témoin 30 |

Tous les résultats sont validés par Dr. EL ALLALI

LABORATOIRE Dr. EL ALLALI
D'ANALYSES MEDICALES
Pharmacien Biologiste
Tél: 05 28 84 33 84 / Fax: 05 28 82 87 58
E-mail: laboelallali@gmail.com

Dr. M. A. EL ALLALI

LABORATOIRE Dr. EL ALLALI
D'ANALYSES MEDICALES
Pharmacien Biologiste
Tél: 05 28 84 33 84 / Fax: 05 28 82 87 58
E-mail: laboelallali@gmail.com

**Laboratoire EL ALLALI****مختبر التحليلات العاللي****Dr. Mohamed Aziz EL ALLALI**

Pharmacien Biologiste - Bruxelles - Belgique

Diplôme Universitaire "Qualité" - Bordeaux - France

الدكتور محمد عزيز العاللي
صيدلاني إحيائي - جامعة بروكسل - بلجيكا
شهادة جامعية "جودة" - بوردو - فرنساالجودة صراع المستقبل
La qualité est le combat d'avenirVos résultats sur l'application :
"Labo EL ALLALI"05 28 84 33 84
06 67 37 80 41
Dr. EL ALLALIwww.laboelallali.com
laboelallali@gmail.com
06 61 28 14 11

Patient : Mr. SOUSSI Lahoucine

Médecin : Dr. CLINIQUE EL HOUDA

Dossier N° 0423 021

Élevement Effectué au laboratoire

le 11/04/2023 à 09h25

CIN:SH6298

N°PASSEPORT:

xe M DN:30/06/1946 (76 ans)

Page : 1 / 2

HEMATOLOGIE

(PENTRA ABX)

NUMERATION SANGUINE

| | | | |
|-------------|------|--------------------------|-------------|
| Leucocytes | 4,97 | milliers/mm ³ | 4 |
| Hématies | 4,11 | millions/mm ³ | 4.4 à 6 |
| Hémoglobine | 13,1 | grs/mm ³ | 12.3 à 17.2 |
| Hématocrite | 38,7 | % | 37 à 50 |
| V.G.M | 94 | μ ³ | 77 à 95 |
| T.G.M.H | 32 | Picogrs | 28 à 32 |
| C.C.M.H | 34 | % | 29 à 35 |
| PLAQUETTES | 155 | milliers/mm ³ | 150 à 450 |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | |
|--------------|-------|------------------|-------------|
| Neutrophiles | 61 | % | 45 à 70 |
| | 3 032 | /mm ³ | 1800 à 7000 |
| Lymphocytes | 30 | % | 20 à 50 |
| | 1 491 | /mm ³ | 800 à 5000 |
| Monocytes | 6 | % | 0 à 10 |
| | 298 | /mm ³ | 0 à 1000 |
| Eosinophiles | 3 | % | 0 à 5 |
| | 149 | /mm ³ | 0 à 500 |
| Basophiles | 0 | % | 0 à 2 |
| | 0 | /mm ³ | 0 à 200 |

IMMUNO HEMATOLOGIE**GROUPAGE 1er Détermination**GROUPE..... A
RHESUS..... POSITIF

Tous les résultats sont validés par Dr. EL ALLALI

LABORATOIRE Dr. EL ALLALI
D'ANALYSES MÉDICALES
Pharmacien Biologiste
Tél/Fax : 05 28 84 33 84
Email : laboelallali@gmail.com

LABORATOIRE Dr. EL ALLALI
D'ANALYSES MÉDICALES
Pharmacien Biologiste
Tél : 05 28 84 33 84 / Fax : 05 28 82 57 57
E-mail : laboelallali@gmail.com

61, Bis, rue de Marrakech, Quartier industriel Agadir
INPE:043060623 / Tel: 05 28 84 33 84 / Fax: 05 28 82 87 58
Web: www.laboelallali.com / Mail: laboelallali@gmail.com

Dr. M. A. EL ALLALI

Dr MOHAMED AZIZ EL ALLALI

61 bis Rue de Marrakech

80020 AGADIR

Tél: 05.28.84.33.84 Fax: 05.28.82.87.58

I.C.E: 002 301 349 000 031 INPE: 043060623

I.F: 45 75 45 70

"FACTURE NO" : 2303813

ND:110423 021

NP:192256

Analyses effectuées le .. : 11/04/23

Pour : Mr SOUSSI Lahoucine

Sur prescription du : Dr CLINIQUE EL HOUDA

| | | | |
|-----|---------------------------------------|---|----|
| NFS | NUMERATION FORMULE-PLAQUETTE-HEMOGLOB | B | 80 |
| GRS | GROUPE SANGUIN RHESUS | B | 60 |
| TP | TAUX DE PROTHROMBINE | B | 40 |
| TCK | Temps de Cephaline Kaolin (TCK) | B | 40 |

Total Prélèvements : 50,00

Total des B : 220

Total Dossier : 338,20 Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Pharmacie Biologie
Tél: 0528 84 33 84 Fax: 05 28 82 87 58
E-mail: laboelallali@gmail.com

CLINIQUE AL HOUDA



مستشفى الحودا

AGADIR LE 11/04/2023

Mr SOUSSI LAHOUCINE

Nais: 30/06/1946 NA

Entr: 11/04/2023 PAYANT

DR. GUEDIRA HASSAN



2023D-00210-001

COMPTE RENDU OPERATOIRE

NOM ET PRENOM DU PATIENT : Sou-ssi LAHOUCINE

ANESTHESISTE/REANIMATEUR Dr. Almami

CHIRURGIEN : Dr. Guedira

1^{ER} AIDE : G. H. G. Lam

2^{EME} AIDE :

PANSEUR : F. Z.

INDICATION OPERATOIRE :

Intervention : RTUV

Sous RA en position taille.

- Antibioprophylaxie introduction du resecteur storz optique 30
- L'exploration trouve une tumeur de vessie d'allure urothéliale multifocale
- Résection complète et profonde hémostase assurée
- Lavage récupération des coupes tumorales,
- retrait de la matérielle mise en place d'une Sonde 3voies pour irrigation.

Signature :

DR. HASSAN GUEDIRA
CABINET UROLOGUE-ANDROLOGUE
CABINET UROLOGUE AGADIR RUE MARRAKECH
QUARTIER L'ABATTOIR CENTRE VILLE AGADIR
Tél : 06 28 82 82 40
041180420

CLINIQUE AL HOUDA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 12/04/2023

Références 23 040 188 / PAYANT

Entrée / Sortie : 11/04/2023 - 12/04/2023

Le Dr. ANESTHESISTE 1

présente à Mr SOUSSI LAHOUCINE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
675,00 Dhs SIX CENT SOIXANTE-QUINZE DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces

DR. EL ATMANI Salma
Anesthésiste-Réanimateur
Clinique Al Houda
AGADIR

Cachet et signature

CLINIQUE AL HOUDA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 12/04/2023

Références 23 040 188 / PAYANT

Entrée / Sortie : 11/04/2023 - 12/04/2023

Le Dr. GUEDIRA HASSAN

présente à Mr SOUSSI LAHOUCINE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
3 308,00 Dhs TROIS MILLE TROIS CENT HUIT DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces

DR. HASSAN GUEDIRA
CHIRURGIEN UROLOGUE-ANDROLOGUE
CABINET D'UROLOGIE AGADIR RUE MARRAKECH
QUARTIER L'ADATTOIR CENTRE VILLE AGADIR
Tél : 05 28 82 82 40
041186420

Cachet et signature

ANNEXE PHARMACIE

| Nom patient SOUSSI LAHOUCINE | | N° Facture : 23 040 188 | I-00210-001 |
|---|----------|--------------------------------|-----------------|
| Produit | Quantité | Prix Unitaire | Montant |
| ANDOL 1g Injecta (01) | 3 | 18,80 | 56,40 |
| ATROPINE P 0,50mg/ml Injecta (100) | 1 | 1,78 | 1,78 |
| BUPIVACAINE RACHI 20M 5mg/ml Injecta (20) | 1 | 23,90 | 23,90 |
| EPHEDRINE DILUEE AGUE INJECTA (10) | 1 | 9,28 | 9,28 |
| FENTANYL MYLAN 100µg/2ml Injecta (20) | 1 | 1,89 | 1,89 |
| GLYCOCOLLE 1,5% Injecta (01) | 2 | 140,00 | 280,00 |
| KEFZOL 1g Injecta (01) | 2 | 18,70 | 37,40 |
| LEVAMOX 1G ST /16 Sachet (16) | 1 | 4,83 | 4,83 |
| MAXICLAV 1G INJECTA (01) | 1 | 24,90 | 24,90 |
| PARANTAL 1G B/8 COMPR AUTRE (08) | 1 | 1,14 | 1,14 |
| SERUM SALE 500ml Injecta (20) | 2 | 13,90 | 27,80 |
| SERUM SALE 0.9% SOTHE 1L INJECTA (10) | 8 | 16,50 | 132,00 |
| Sous-Total médicaments | | | 601,32 |
| AIG RACHI-ANES G25 90MM | 1 | 80,00 | 80,00 |
| BAITANET D 5L (4) 5L (60) | 20 | 3,26 | 65,20 |
| BANDELE 25 DIAB CONTR AUTRE (25) | 4 | 3,80 | 15,20 |
| BAVETTES (50) | 3 | 1,40 | 4,20 |
| BETADINE SCRUB 500ml Solutio (06) | 2 | 4,78 | 9,56 |
| CACHE CAMERA | 1 | 45,00 | 45,00 |
| CALOT | 3 | 1,00 | 3,00 |
| COMPRESSES STERILES U AUTRE (10) | 10 | 1,50 | 15,00 |
| COTON HYDROPHILE 500 (200) | 2 | 0,28 | 0,56 |
| ELECTRODE ECG ADULTE/ENFANT | 3 | 2,40 | 7,20 |
| GANT JETABLE | 16 | 1,50 | 24,00 |
| GANT NN LATEX 7 STERI AUTRE (01) | 1 | 22,00 | 22,00 |
| GANTS STERILE 6.5 | 1 | 6,00 | 6,00 |
| GANTS STERILE 8 | 2 | 6,24 | 12,48 |
| INTRANULE G 20 ROSE | 1 | 15,00 | 15,00 |
| PERFUSEUR | 2 | 10,00 | 20,00 |
| SAC A URINE | 1 | 10,00 | 10,00 |
| SERINGUE 10 CC | 5 | 5,00 | 25,00 |
| SERINGUE 20 CC | 1 | 5,00 | 5,00 |
| SERINGUE 5 CC | 2 | 5,00 | 10,00 |
| SONDE PROSTATIQUE SILIC 3 VOI CH22 PROM | 1 | 208,00 | 208,00 |
| SPARADRAP URGO DERM 5 (60) | 1 | 3,28 | 3,28 |
| TUBULURE POUR IRRIGAT AUTRE (01) | 1 | 60,00 | 60,00 |
| Sous-Total consommable médical | | | 665,68 |
| (*) Conditionnement hospitalier | | Total pharmacie | 1 267,00 |



CLINIQUE AL HOUDA

 AGADIR - Maroc

 Tél: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 30 30

 - Sec. Facturation



040062333



FACTURE

N° 23 040 188 / 2023 du 12/04/2023

| | | | |
|-----------------|------------------|------------|------------|
| Nom patient | SOUSSI LAHOUCINE | Entrée | Sortie |
| | | 11/04/2023 | 12/04/2023 |
| Prise en charge | PAYANTS | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---------------------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| SEJOUR | 1,00 | | 550,00 | 550,00 |
| BLOC OPERATOIRE | 1,00 | | 1 700,00 | 1 700,00 |
| ECG | 1,00 | | 150,00 | 150,00 |
| | | | Sous-Total | 2 400,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 1 267,00 | 1 267,00 |
| | | | Sous-Total | 1 267,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 3 667,00 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| DR. ANESTHESISTE 1 (anesthésiste- re) | 1,00 | | 675,00 | 675,00 |
| DR. GUEDIRA HASSAN (urologue) | 1,00 | | 3 308,00 | 3 308,00 |
| | | | Sous-Total | 3 983,00 |
| LABORATOIRE EL ALLALI (labo) | 1,00 | | 338,20 | 338,20 |
| | | | Sous-Total | 338,20 |
| Total prestations externes | | | | 4 321,20 |

| | | |
|---|---------------|----------|
| | Total général | 7 988,20 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | |
| SEPT MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGT-HUIT DIRHAMS VINGT CENTIMES | | |

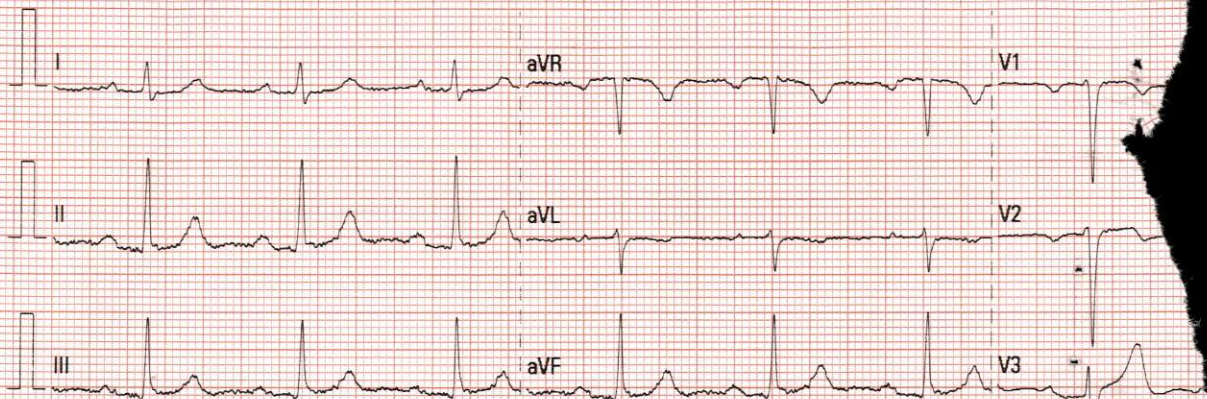
| | | | | | | |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
| | 7 988,20 | | | | 7 988,20 | 0,00 |

CLINIQUE AL HOUDA
AGADIR - P.O. Box 171 - Quartier Administratif
Tél: 05 28 32 30 30 - 05 28 32 28 28 - Fax: 05 28 32 11 32
- Sec. Facturation -

ID:2023041108590413

Nom:

11-04-2023 08:58:54



25 mm/s

10 mm/mV

50 Hz~

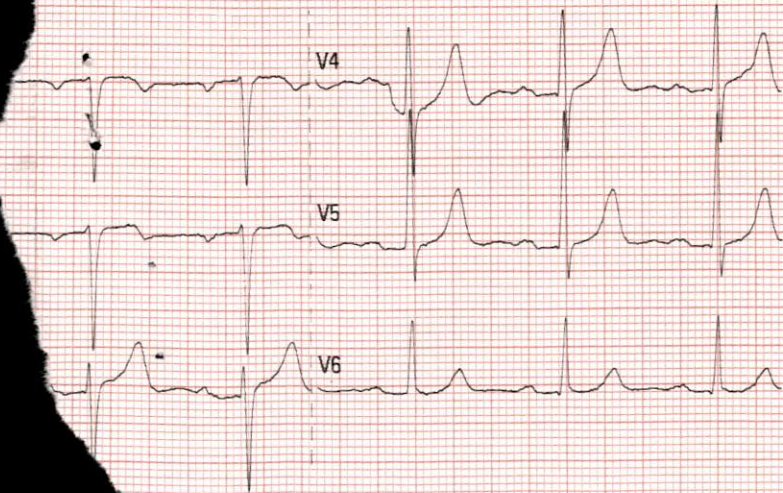
RDB 35 Hz

QTc:Hodges

cal

02.10.00/V06.00.05

\$N:FK-19028877



ID:2023041108590413

Nom:

11-04-2023 08:58:54

Fréq. Ventricule (bpm)

76

Intervalle PR (ms)

222

Durée QRS (ms)

94

Interv. QT/QTc (ms)

392/421

Axes P/QRS/T (deg)

55/79/64

--- Interprétation sans connaître le sexe/l'âge du patient ---

Rythme sinusal avec bloc A-V du 1er degré

ECG anormal

Diagnostic non confirmé.