

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.

M22- 0053783

174427
Vendredi
dodgout
Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 52 U 1

Société : Jeune Baïhou

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : Boulaink Saida Veuve Baïhou

Date de naissance : 16/17/1955

Adresse : 64 lot Assolama sidi maaoui

Rue 28 casa

Tél. : 064/734/174

Total des frais engagés : 4744.00 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 : _____

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 : 05/09/2023 Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la 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	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 3

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

❶ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	12/06/2023	Virement	-	300,00	120,00	5,00	125,00
80270378	10/04/2023	Payé en : 62 jours		BOUHAIK SAIDA	300,00	120,00	5,00	125,00
- 1	-	16/05/2023	Virement	-	4 744,90	2 739,55	585,75	3 325,30
79706436	13/03/2023	Payé en : 64 jours		BOUHAIK SAIDA	4 744,90	2 739,55	585,75	3 325,30
- 1	-	03/05/2023	Virement	-	3 379,60	2 458,72	588,22	3 046,94
79608099	08/03/2023	Payé en : 56 jours		BOUHAIK SAIDA	3 379,60	2 458,72	588,22	3 046,94
- 1	-	02/05/2023	Virement	-	1 814,80	914,76	209,09	1 123,85
79706369	13/03/2023	Payé en : 50 jours		BOUHAIK SAIDA	1 814,80	914,76	209,09	1 123,85
- 2	-	20/01/2023	Virement	-	3 837,90	2 204,40	66,39	2 270,79
77741168	30/11/2022	Payé en : 51 jours		BOUHAIK SAIDA	1 822,00	893,50	31,73	925,23
77743712	30/11/2022	Payé en : 51 jours		BOUHAIK SAIDA	2 015,90	1 310,90	34,66	1 345,56
- 2	-	05/01/2023	Virement	-	4 853,00	3 763,60	25,00	3 788,60
77016854	25/10/2022	Payé en : 72 jours		BOUHAIK SAIDA	2 923,30	1 908,90	25,00	1 933,90
77016779	25/10/2022	Payé en : 72 jours		BOUHAIK SAIDA	1 929,70	1 854,70	0,00	1 854,70

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré ➔ Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)



8 dossiers en validité

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les partisans eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

تعلیمات بحسب انتها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة القسم التام للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراء بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم العلف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإسقاطة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رشين باحترام الشروط التقانوية وكل ما سبق ذكره.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _____

توقيع وظابط التعاقدية

تاريخ الإيداع : _____

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مراجع رقم

N° Bordereau :
خاص بالمؤمن له (الها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire
avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج Enfant این

Adresse :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Masculin ذكر Féminin این

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Admissio ALD*

oui

non

N° dossier ALD*

oui

non

Code ALD :

Soin ambulatoires*

oui

non

عيادات خارجية*

oui

non

Hospitalisation*

oui

non

التشفاء*

oui

non

Date d'hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/03/2025	20000.00 INP: 092003029	Pharmacie A. AB. Dr. Saïf SAID 46, Lot. Basse Sidi Maktout Casablanca Tel. 010 222 1111
	INP: [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] []	

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الادباء، الاشعة والصور

INP:

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

INP: | | | | | | | |



Accusé de Réception



MME BOUHAIK SAIDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY
FLOURIDA S
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier : 79706436 Date et heure : 13/03/2023 12:40

Nom et prénom Assuré : BOUHAIK SAIDA

Immatriculation : 95771405 / 090238844

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BOUHAIK SAIDA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90136

Valeur en Dirhams : 4 744,90 Nombre de pièces : 16

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE072

Nom Etablissement :

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA
Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89
Fax : 0522.22.62.97
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

CASABLANCA Le 06 mars 2023

Mme BOUHAIK Saida

CONSULTATION..... 300.00DHS
HOLTER TA..... 1000.00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 1300.00DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdou - Casa
Tél: 0522.29.81.55/59 - 0522.47.26.89

EN CAS D'URGENCE APPElez LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483



Dr. Fahd SAYEH
Pharmacien Biologiste

مختبر التحاليلات الطبية

LABORATOIRE MERS SULTAN

D'ANALYSES ET DE BIOLOGIE MEDICALES

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Prélèvement du: 08/03/2023 8:06
Dossier N° : 230308-656

230308-656



23-001150

Mme BOUHAIK Saida

Prescripteur:

Page : 1 / 2

IONOGRAMME

IONOGRAMME SANGUIN

Potassium	4,71	mEq/L	(3,5 - 5,5)
Sodium	137,1	mEq/L	(135 - 145)
Chlore	102,1	mEq/L	(98 - 108)
Réserve Alcaline	23,60	mEq/L	(21 - 28)
Calcium	96,39	mg/L	(85 - 103)
Protéines totales	74,6	g/L	(66 - 83)

BIOCHIMIE

Hémoglobine glyquée 6,5 % 6,7 (16/01/23)
(Technique : par H.P.L.C)

> 8 Action à entreprendre

< 7 Objectif

< 6 Niveau non-diabétique

Glycémie à jeun

1,30 * g/L (0,6 - 1,1) 1,01 (16/01/23)

Urée

0,26 g/L (0,15 - 0,5)

4,33 mmol/L (2,5 - 7,5)

Créatininé

6,49 mg/L (5 - 12) 6,16 (16/01/23)

57,11 µmol/l (44 - 106)

Acide Urique

37,26 mg/L (20 - 60)

221,70 µmol/L (120 - 360)

Triglycérides

0,71 g/l (0,5 - 2) 0,59 (16/01/23)

Cholestérol Total

1,71 g/L (1,45 - 2) 1,74 (16/01/23)

4,41 mmol/L (3,7 - 5,2)

Cholestérol H.D.L

0,58 g/L 0,57 (16/01/23)

1,50 mmol/L

Pronostic favorable : Sup ou égal à 0,65

Risque standard : 0,45 à 0,65

Indicateur de risque : Inf à 0,45

Cholestérol L.D.L

0,99 g/l 1,05 (16/01/23)

Interprétation

Optimal : < 1 g/l

Presque optimal : 1 à 1,29 g/l

Limite supérieure : 1,30 à 1,59 g/l

Risque élevé : 1,60 à 1,89 g/l

Risque très élevé : > 1,90 g/l

LABORATOIRE MERS SULTAN
Dr. SAYEH Fahd
196, Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 22 41 52



Dr. Fahd SAYEH
Pharmacien Biologiste

مختبر التحاليلات الطبية
LABORATOIRE MERS SULTAN
D'ANALYSES ET DE BIOLOGIE MEDICALES

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Prélèvement du: 08/03/2023 8:06
Dossier N° : 230308-656

230308-656



23-001150

Mme BOUHAIK Saida

Prescripteur:

Dossier N° : 230308-656

Mme BOUHAIK Saida

Page : 2 / 2

HORMONOLOGIE

T.S.H Ultra sensible	8,750 *	μUI/ml	(0,25 - 5)	2,925 (16/01/23)
(Technique : VIDAS)				
T3 Triiodothyronine libre	2,60	pg/ml	(1,8 - 4,2)	2,40 (16/01/23)
(Technique : Chimiluminescence CL 900i)				
T4 Thyroxine libre	10,48	ng/L	(5 - 14)	10,44 (16/01/23)
(Technique : Chimiluminescence CL 900i)				

LABORATOIRE MERS SULTAN
Dr. SAYEH Fahd
196, Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 22 41 52
www.merssultan.com

LABORATOIRE MERS SULTAN D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Fahd SAYEH

N° 196; Mers sultan Appt 32 5ème étage Tel :05 22 22 41 52
Mail : labo.merssultan@gmail.com

N° facture : 23-08328

Facture

Date de prélèvement 08/03/2023

Mme BOUHAIK Saida

Casablanca , le 08/03/2023

CNOPS

Code Acte	Designation Acte	Cotation B
IONOS	IONOGRAMME SANGUIN	120
HBA1C	Hémoglobine glyquée	100
GLY	Glycémie à jeun	30
UREE	Urée	30
CREA	Créatinine	30
AU	Acide Urique	30
TRIGL	Triglycérides	60
CHT	Cholestérol Total	30
HDL	Cholestérol H.D.L	50
LDL	Cholestérol L.D.L	50
TSHUS	T.S.H Ultra sensible	250
T3L	T3 Triiodothyronine libre	300
T4L	T4 Thyroxine libre	200
Total B		1280
Total en dirhams		1430

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille Quatre Cent Trente Dirhams ***

LABORATOIRE MERS SULTAN
196, Avenue Hassan II
Casablanca - Maroc
Tel : 05 22 22 41 52
Mail : labo.merssultan@gmail.com
INPE : 093000594 ICE : 001817241000003 IF : 41805987 RC : 24030

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 21E60
PER : 06/2023

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 21E60
PER : 06/2023

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
6 118000 041337

ulair
de Bahat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaa 20250,
P.P.V : 30DH70
LOT : 21E60
PER : 06/2023

PREZAR 100mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 041337

CARDIX® 25mg
28 Comprimés

6 118000 050582

Titulaire de l'AMM :
ARMACEUTICAL INSTITUTE

28 Comprimés

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
6 118000 050582

28 Com

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
6 118000 050582

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables
6 118000 0181194

PPV : 30,60 DH
LOT : C354 PER : 02/24

Esidrex
28 Comprimés

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
6 118000 050582

28 Compr

LOT : K645
PER : 03/24
P.P.V : 149DH20

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
6 118000 041337

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
6 118000 050582

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
6 118000 041337

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
6 118000 041337

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier benn al oueum roches
noires casablanca
INEXTUM
20 mg
Boîte 14
64015DMP/21/NRQ P.P.V : 92,60 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier benn al oueum roches
noires casablanca
INEXTUM
20 mg
Boîte 14
64015DMP/21/NRQ P.P.V : 82,10 DH
6 118001 020591

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets
6 118000 160182

PPV : 165,20 DH
LOT : 65032
PER : 08/24

AUGMENTIN 1 g/125 mg
12 sachets
6 118000 050582

PPV : 126,30 DH
LOT : 575881
PER : 04/19

LOT : 211107
EXP : 06/2024
PPV : 57,80DH
LOT :

10 ملغ
عن طريق الفم

دواء
أورفاراستاتين

Docteur ALI EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGE
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlof@gmail.com

A CASABLANCA Le 06 mars 2023

Mme BOUHAIK Saida (67 ans)

30,70 X 3

KARDEGIC 75 MG:
1 SACHET PAR JOUR X 03 mois

57,80 X 1

LDNOR 10 MG

1 CP LE SOIR UN J SUR 2 SANS ARRET

138,10 X 6

PRESAR 100 MG:

1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

84,20 X 6

CARDIX 25 MG/

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

TANAKAN 40 mg

1 MATIN ET SOIR

82,10 X 2

INEXIUM 20 mg

1 LE SOIR SANS ARRET

30,6

du 3 mai

161,20 X 2 normal

Dr. E. Ali
Professeur
57-05-1959-05-22-17-26-89
Professeur Agrégé Cardiologue

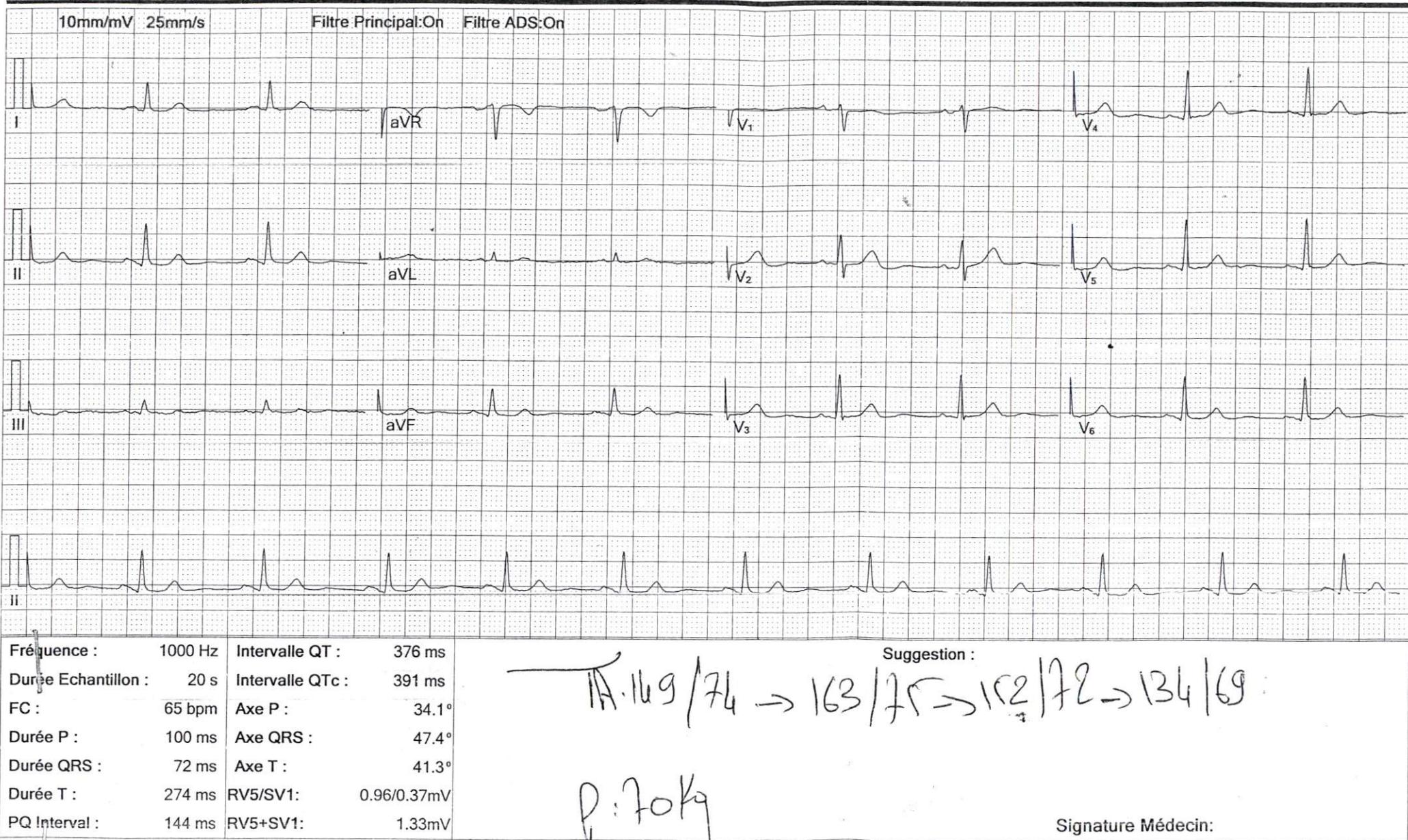
SV

Docteur ALI EL MAKHLOUF

EN CAS D'URGENCE APPElez LA CLINIQUE JERRADA

0522238181

DR EL MAKHLOUF 0661131483



RAPPORT DE PRESSION ARTÉRIELLE AMBULATOIRE



Nom du patient: BOUHAIK SAIDA

Identité du patient: 16.07.1955

Date de test: 06-mars-2023

statistiques de MAPA

Ensemble Heure : 08:56 - 09:15 Durée : 24:19 Échantillons : 42 de 56 (75%)

	Moyenne	App. stand.	Max. (durée)	Min. (durée)
Systolique (mmHg)	144	+/- 22,0	188 (11:39)	109 (01:15)
Diastolique (mmHg)	66	+/- 12,8	93 (13:48)	41 (04:13)
Fréquence cardiaque (bpm)	64	+/- 9,4	108 (13:48)	53 (04:13)
PAM (mmHg)	92	+/- 14,7	123 (10:55)	64 (04:13)
Pression différentielle (mmHg)	78	+/- 15,7	119 (11:39)	33 (13:48)

Chrg. PA: 57% de relevés Sys > 140 mmHg éveil et > 120 mmHg somm..
5% de relevés Dia > 90 mmHg éveil et > 80 mmHg somm.

Dip endor.: 15,3% Sys et 24,0% Dia
dim*pd़ sommeil.

Période d'éveil Durée : 07:00 - 22:00 Échantillons : 30 of 44 (68%)

	Moyenne	App. stand.	Max. (durée)	Min. (durée)
Systolique (mmHg)	150	+/- 21,0	188 (11:39)	115 (16:25)
Diastolique (mmHg)	71	+/- 10,9	93 (13:48)	51 (16:25)
Fréquence cardiaque (bpm)	66	+/- 10,1	108 (13:48)	55 (08:58)
PAM (mmHg)	97	+/- 12,7	123 (10:55)	72 (16:25)
Pression différentielle (mmHg)	79	+/- 17,1	119 (11:39)	33 (13:48)

Chrg. PA: 57% de relevés Sys > 140 mmHg
7% de relevés Dia > 90 mmHg

Période de sommeil Durée : 22:00 - 07:00 Échantillons : 12 of 12 (100%)

	Moyenne	App. stand.	Max. (durée)	Min. (durée)
Systolique (mmHg)	127	+/- 15,5	159 (04:54)	109 (01:15)
Diastolique (mmHg)	54	+/- 8,6	72 (22:15)	41 (04:13)
Fréquence cardiaque (bpm)	58	+/- 2,6	62 (23:45)	53 (04:13)
PAM (mmHg)	78	+/- 10,1	98 (22:15)	64 (04:13)
Pression différentielle (mmHg)	74	+/- 10,9	100 (04:54)	51 (01:15)

Chrg. PA: 58% de relevés Sys > 120 mmHg
0% De relevés Dia > 80 mmHg

Préfil TH mm me
cycle my th emeul expac
pre TH à 188 (11 h 39)



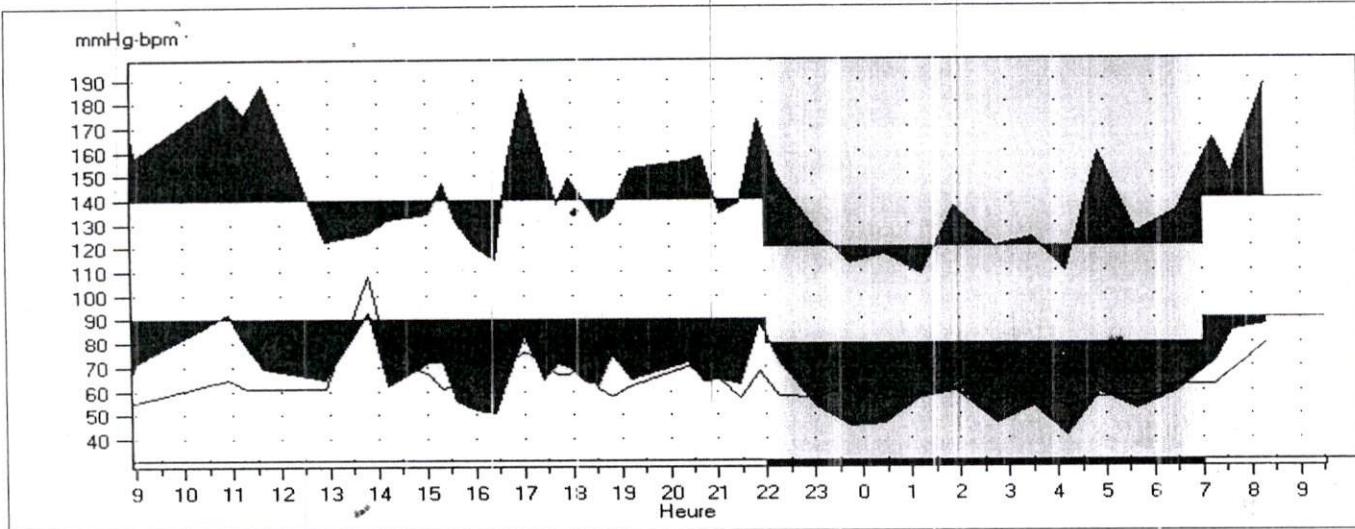
RAPPORT DE PRESSION ARTÉRIELLE AMBULATOIRE



Nom du patient: BOUHAIK SAIDA

Identité du patient: 16.07.1955

Date de test: 06-mars-2023



Période	Heure	Échant.	Moy. Sys mmHg (+/- Dév. Std.)	Moy. Dia mmHg (+/- Dév. Std.)	Moy. FC BPM (+/- Dév. Std.)	Chrg. PA Sys %	Chrg. PA Dia %
Ensemble	08:56-09:15 (24:19)	42	144 (22,0)	66 (12,8)	64 (9,4)	57	5
Période d'éveil	07:00-22:00	30	150 (21,0)	71 (10,9)	66 (10,1)	57	7
Période de sommeil	22:00-07:00	12	127 (15,5)	54 (8,6)	58 (2,6)	58	0
Dip endor.:	Sys = 15,3% Dia = 24,0%						

Médicaments actuels

Diagnostic du médecin

Médecin ayant recommandé:

Signature

Date

Médecin diagnostiquant:

Signature

Date

RAPPORT DE PRESSION ARTÉRIELLE AMBULATOIRE



Nom du patient: BOUHAIK SAIDA

Identité du patient: 16.07.1955

Date de test: 06-mars-2023

Renseignements patient

Date de naissance:

Adresse:

Téléphone:

Sexe:

Race:

Taille:

Poids:

Historique

Motif du test

RAPPORT DE PRESSION ARTÉRIELLE AMBULATOIRE



Nom du patient: BOUHAIK SAIDA

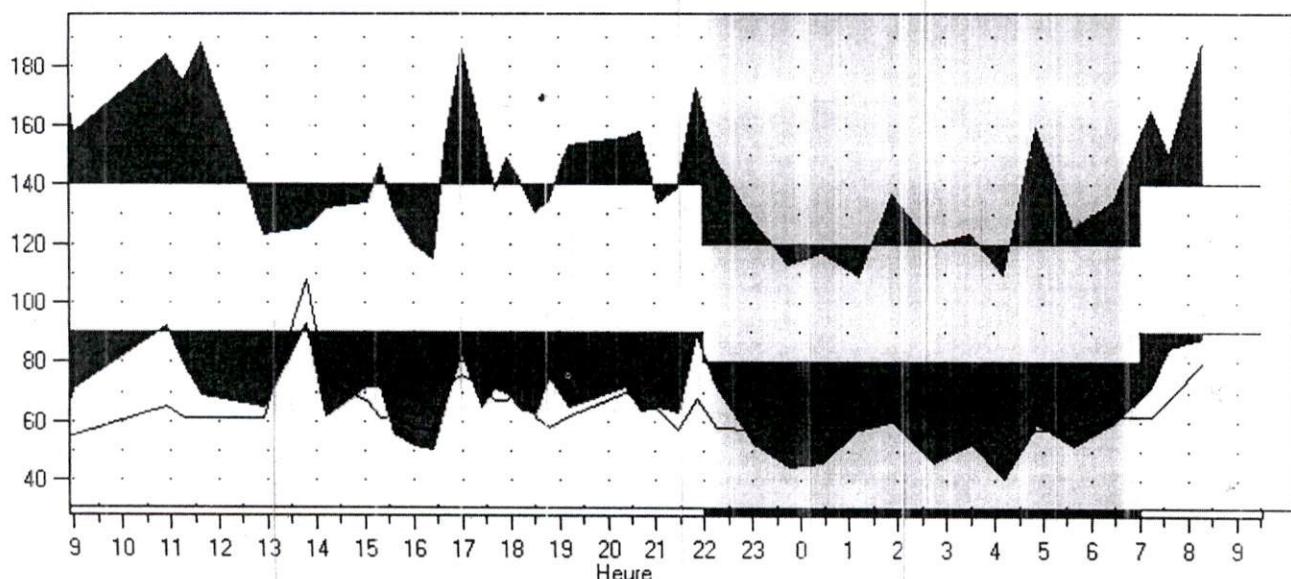
Identité du patient: 16.07.1955

Date de test: 06-mars-2023

Agilis Données TAA

mmHg-bpm

Données TAA



Données TAA éditées

n.	Heure	Sys/Dia (mmHg)	PIs (BPM)	PAM (mmHg)	CE	Commentaires
2+	08:58	164/ 68	>	55	100	
3	09:00	157/ 71	>	55	100	
8	10:55	184/ 92	>	65	123	
9	11:16	175/ 79	>	61	111	
10	11:39	188/ 69	>	61	109	
13	12:55	123/ 65		61	84	
15	13:48	126/ 93	>	108	104	
16	14:13	132/ 62		74	85	
18	15:04	134/ 72		67	93	
19	15:19	147/ 72	>	61	97	
20	15:37	131/ 56		62	81	
21	16:00	120/ 52		58	75	
22	16:25	115/ 51		57	72	
23	16:41	157/ 67	>	72	97	
24	17:01	186/ 83	>	76	117	
25	17:24	158/ 65	>	72	96	
26	17:41	138/ 71		67	93	
27	17:56	149/ 70	>	67	96	
28	18:16	140/ 64		72	89	
29	18:31	131/ 63		61	86	
30	18:48	135/ 75		58	95	
31	19:13	153/ 65	>	62	94	
34	20:22	156/ 72	>	70	100	
35	20:42	158/ 64	>	68	95	
36	21:04	134/ 65		64	88	
37	21:27	139/ 63		57	88	
38	21:53	173/ 89	>	68	117	
39	22:15	149/ 72	>	58	98	
40	23:01	128/ 53	>	57	78	
41	23:45	113/ 45		62	68	
42	00:28	117/ 46		57	70	

RAPPORT DE PRESSION ARTÉRIELLE AMBULATOIRE



Nom du patient: BOUHAIK SAIDA

Identité du patient: 16.07.1955

Date de test: 06-mars-2023

Données TAA éditées (suite)

n.	Heure	Sys/Dia (mmHg)	Pls (BPM)	PAM (mmHg)	CE	Commentaires
43	01:15	109/ 58	57	75		
44	01:56	137/ 60 >	60	86		
45	02:45	120/ 46	55	71		
46	03:32	124/ 53 >	59	77		
47	04:13	110/ 41	53	64		
48	04:54	159/ 59 >	57	92		
49	05:39	126/ 52 >	58	77		
50	06:29	135/ 60 >	62	85		
51	07:14	165/ 72 >	62	103		
52	07:37	150/ 85 >	68	107		
54	08:20	188/ 88 >	80	121		

Données TAA omises

n.	Heure	Sys/Dia (mmHg)	Pls (BPM)	PAM (mmHg)	CE	Commentaires
1+	08:56	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
4	09:21	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
5	09:46	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
6	10:07	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
7	10:35	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
11	12:00	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
12	12:30	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
14	13:23	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
17	14:43	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
32	19:40	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
33	20:03	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
53	07:59	0/ 0	0	0	4	Délai mesure
55	08:45	0/ 0	0	0	2	Signal artificiel / erratique
56	09:15	0/ 0	0	0	87	Fuite brassard



RAPPORT DE PRESSION ARTÉRIELLE AMBULATOIRE

Nom du patient: BOUHAIK SAIDA

Identité du patient: 16.07.1955

Date de test: 06-mars-2023

Configuration système du moniteur

Type de moniteur:	Agilis	Affichage:	Éteint
Touche marche:	Éteint	Version micrologiciel:	O2 2.55
Version micrologiciel:	O2 2.55	Version Agilis CD:	3.4.4.0
Pression max:	220		

Périodes

Période de temps	Intervalle	Période sommeil
22:00 à 07:00	45 mins	22:00 à 07:00
07:00 à 22:00	20 mins	

Définitions codes événements

Code événements(CE)

- 1 = Pas de signal
- 2 = Signal artificiel / erratique
- 3 = Trop de réessais
- 4 = Délai mesure
- 85 = Valve bloquée
- 86 = Interruption par l'utilisateur
- 87 = Fuite d'air
- 88 = Délai de sécurité
- 89 = Surpression brassard
- 90 = Batteries déchargées
- 91 = Erreur autozéro
- 97 = Erreur transducteur
- 98 = Erreur ADC
- 99 = Erreur CRC

Consultez le manuel technique d'Agilis CD pour obtenir plus de détails sur les descriptions de codes.

CABINET DE CONSULTATIONS
ET D'EXPLORATIONS
CARDIO-VASCULAIRES

الدكتور المخلوف على
Docteur EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé

Casablanca, le

10) 473123 البيضاء في
Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé
5, Rue Mohamed Abdou - Casablanca - Tél. C. : 0522.29.81.55 / 59 / 0522.47.26.89 - D. : 0522.79.85.32
Fax : 0522.22.62.97

Nom et Prénom :

M. Bouchnak Saad

Examen du sang

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Crétatinémie | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> Fibrinemie |
| <input type="checkbox"/> Acide Urique | <input type="checkbox"/> Taux de Prothrombine + INR |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input checked="" type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol total, HDL, LDL | <input type="checkbox"/> P.S.A. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides | <input checked="" type="checkbox"/> T3 <input checked="" type="checkbox"/> T4 <input checked="" type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT - G.T. | <input checked="" type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C | <input type="checkbox"/> Troponine |
| <input checked="" type="checkbox"/> VS, NEUTROPHILES plaquettes | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Protidémie |
| <input type="checkbox"/> CPKmb | <input type="checkbox"/> D-Dimers |
| <input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D | |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | |

Examen des urines

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Cardiologue
Professeur Agrégé
5, Rue Mohamed Abdou - Casablanca - Tél. C. : 0522.29.81.55 / 59 / 0522.47.26.89
Tél. 0522.79.85.32
Fax : 0522.22.62.97

Recherche de l'Albumine

Microalbuminurie de 24 heures

Cyto. Bac. des urines

Ionogramme Urinaire