

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.



Déclaration de Maladie

M23-0022349

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERDANI Mohamed
 Date de naissance : 22/07/57
 Adresse : 81, Rue Larache App 18 Hay ESSALAM
 Tél : 0662/03375 Total des frais engagés : 1870,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Complément Remboursement*
 E. pour M. BAKKALI Feolowal
 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 : 09/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

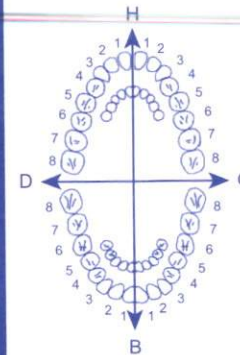
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

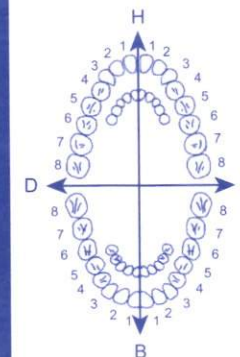
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Khalil, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 650012550 N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: BAKKALI Fadoua Nom et prénom:

رقم الانخراط: 113 183 N° Affiliation:

رقم التسجيل: 550 2980 43 N° Immatriculation:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: A169 1156 N° CIN:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

العنوان: 81 Rue Corniche App 1 8101 ESSALAM CASABLANCA 20210 Adresse:

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 187050 Montant des frais (Dhs):

عدد الوثائق المرفقة: 09 Nombre de pièces jointes:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: BAKKALI Fadoua Nom et prénom:

تاريخ الازدياد: 16/11/1977 Date de naissance:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: A169 1156 N° CIN:

الجنس*: Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى Sexe*:

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

INPE: 291198804

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

Maladie* ☒ مرض *
Maternité* ☐ أمومة *
Hospitalisation* ☐ إستشفاء *
Accident* ☐ حادث *

تم تقديم الظرف المغلق*: oui ☐ non ☐ Pli confidentiel remis*:
تاريخ الحمل: Date de grossesse:
التاريخ المرتقب للولادة: Date prévue d'accouchement:
تاريخ الاستشفاء: Date d'hospitalisation:
تاريخ الحادث: Date d'accident:
أسباب الحادث: Causes:

Fait à: حرر بـ
Le: في:
توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré(e)

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à: حرر بـ
Le: في:
أشهاد بصحة وضحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وضع علامة في الخانة المناسبة

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

10 AOUT 2023

M.G.P.A.P.

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
21/07/23	CS			300	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21/08/2023	770,50	
	INP: 092035344	
	INP:	
	INP:	

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة والصورة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
21/07/23	Spino			200	
21/07/23	Spino			600	

INP: 091498804

INP:

INP:

Actes Paramédicaux

مداين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع الطبيب Signature et

INP:

INP:

INP:

Clartec 10 mg boîte de 10 comprimés

6 118000 090205

OFIKEN® 200 mg
Céfixime
Boîte de 16 comprimés
Remboursable AMO
6 118000 022343ISONNE 20 mg
20 comprimés sécables

6 118000 020028

Remboursable AMO
6 118001 320127VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
6 118001 1412586 921050 692111 9
Clartec 10 mg boîte de 10 comprimés
Remboursable AMO
6 118000 090205



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 2

REJET 1

PAYE

NON PAYE 1

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	-	02/10/2023	Virement	-	1 870,50	1 096,69	145,27	1 241,96
82455010	11/08/2023	Payé en : 52 jours		BAKKALI FADOUA	1 870,50	1 096,69	145,27	1 241,96
1	-	04/08/2023	Virement	-	514,90	358,26	81,89	440,15
1	-	03/08/2023	Virement	-	2 595,00	1 466,50	149,03	1 615,53
2	-	27/06/2023	Virement	-	4 151,71	1 554,90	249,24	1 804,14
3	-	19/06/2023	Virement	-	2 094,95	1 168,44	137,07	1 305,51
2	-	12/06/2023	Virement	-	6 312,11	2 169,31	86,90	2 256,21
1	-	16/05/2023	Virement	-	1 954,40	696,40	113,60	810,00
2	-	02/03/2023	Virement	-	1 794,30	924,01	141,59	1 065,60
2	-	28/02/2023	Virement	-	3 951,20	1 010,56	163,33	1 173,89
1	-	17/02/2023	Virement	-	2 762,01	1 547,40	366,16	1 913,56
2	-	20/01/2023	Virement	-	1 481,00	846,70	72,12	918,82
1	-	19/01/2023	Virement	-	1 439,51	982,40	220,60	1 203,00

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

الضيق . الحساسية

السل . الإقلاع عن التدخين

الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم

فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Asthme - Allergies Respiratoires

Tuberculose - Sevrage tabagique

Ronflements et Apnées du Sommeil

Spirométrie - Echographie Thoracique

Bronchoscopie - Tests Cutanés

Casablanca, le 21/07/23

M. Bekkeli Fadoue

Radio Moneyp
(foc)

Dr. Batoul BENKIRANE
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
196 Avenue Mers Sultan
Casablanca
Tél. : 05 22 26 52 08

106 شارع مرس السلطان، إقامة الخنساء، الطابق 1، الشقة 13. الدار البيضاء

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1er Etage

Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants

Asthme - Allergies Respiratoires
Tuberculose - Sevrage tabagique
Ronflements et Apnées du Sommeil
Spirométrie - Echographie Thoracique
Bronchoscopie - Tests Cutanés



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

الضيق . الحساسية
السل . الإقلاع عن التدخين
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار . اختبار الحساسية

Casablanca, le 21/07/23

Mme Bekkeli Fadoue

Facture Radio Mers
(face): rec

Dr. BENKIRANE Batoul
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
196 Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél.: 06 22 26 52 08

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants

Asthme - Allergies Respiratoires
Tuberculose - Sevrage tabagique
Ronflements et Apnées du Sommeil
Spirométrie - Echographie Thoracique
Bronchoscopie - Tests Cutanés



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال.

الضيق الحساسية

السل. الإقلاع عن التدخين

الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم

فحص الوظيفة التنفسية. الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار. إختبار الحساسية

Casablanca, le 21/07/23

Mme Bekkeli Fadoue

1/ 180,00 ofifen 200 → (4)

1cp x 2/3 pdt 8g
2/ 45,80 Isona 20 → (4)

3cp 15 le Mentin pdt 5g

3/ 45,30 ventoline (spray)
2 bouffis x 2/3 pdt 4g

4/ 181,80 Axon 250 →
x2 1 Inhalation x 2/3 pdt 1g

196 شارع مرس السلطان، إقامة الخنساء، الطابق 1، الشقة 13. الدار البيضاء

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1^{er} Etage, Appt.13 - Casablanca

Tel: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

5/ 69,00

Docisor (sing)
1cās x 315 pāt 5j

6/ 25,00

Neton (spray) (ST)
2 pulv / N le son pāt 10j

7/ 22,00

clartec (4) (ST)
14/3 le son pāt 10j

770,50

Dr. CONNOR DUBOUI
150 Avenue 2 Mars Sultan
Casablanca - Tel.: 05 22 26 52 08

PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRA
61, Avenue 2 Mars Sultan
Tél.: 05 22 81 17

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

الضيق . الحساسية

السل . الإقلاع عن التدخين

الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم

فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 14/07/23

Compte rendu Radio du Thorax (Face)

Mme Bakkali Fadoua

- Syndrome bronchique bilatéral
- Pas de foyer de pneumopathie
- Pas de pleurésie
- Silhouette cardio-médiastinale d'allure normale

Dr. Batoul BENKIRANE
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1^{er} Etage, Appt.13 - Casablanca
Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants

Asthme - Allergies Respiratoires
Tuberculose - Sevrage tabagique
Ronflements et Apnées du Sommeil
Spirométrie - Echographie Thoracique
Bronchoscopie - Tests Cutanés



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

الضيقة . الحساسية
السل . الإقلاع عن التدخين
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 21/07/23

Mme Bekkeli Fadoue

spirométrie

Dr. BENKIRANE Batoul
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
196 Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél : 05 22 26 52 08

196 شارع مرس السلطان، إقامة الخنساء، الطابق 1، الشقة 13. الدار البيضاء

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1^{er} Etage, Appt.13 - Casablanca

Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants



Asthme - Allergies Respiratoires
Tuberculose - Sevrage tabagique
Ronflements et Apnées du Sommeil
Spirométrie - Echographie Thoracique
Bronchoscopie - Tests Cutanés

الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

الضيق . الحساسية
السل . الإقلاع عن التدخين
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار . اختبار الحساسية

Casablanca, le 21/07/23

Mme Bekkeli Fadoue

Facture de spirométrie
: 600

Dr. BENKIRANE Batoul
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
196 Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél : 05 22 26 52 08

Cabinet de Pneumologie Allergologie

Dr. Benkirane Batoul
196 Av. Mers Sultan, Résidence Al Khansa
Casablanca

BAKKALI, FADOUA

ID: 43424

Age: 65 (16/12/1957)

Sexe	Féminin	Taille	156 cm
Ethnicité	Caucasien	Poids	58 kg IMC 23,8

Votre VEMS/théorique: 115%

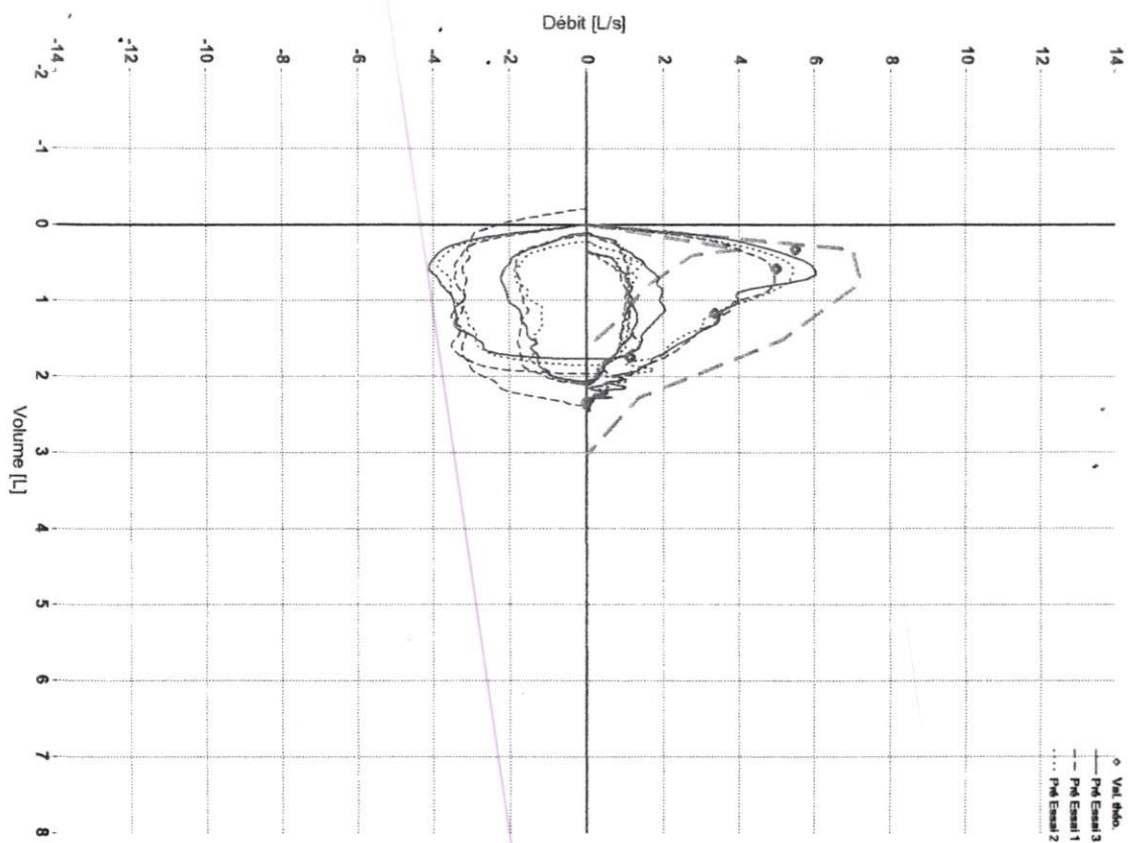
Votre âge pulmonaire: 53

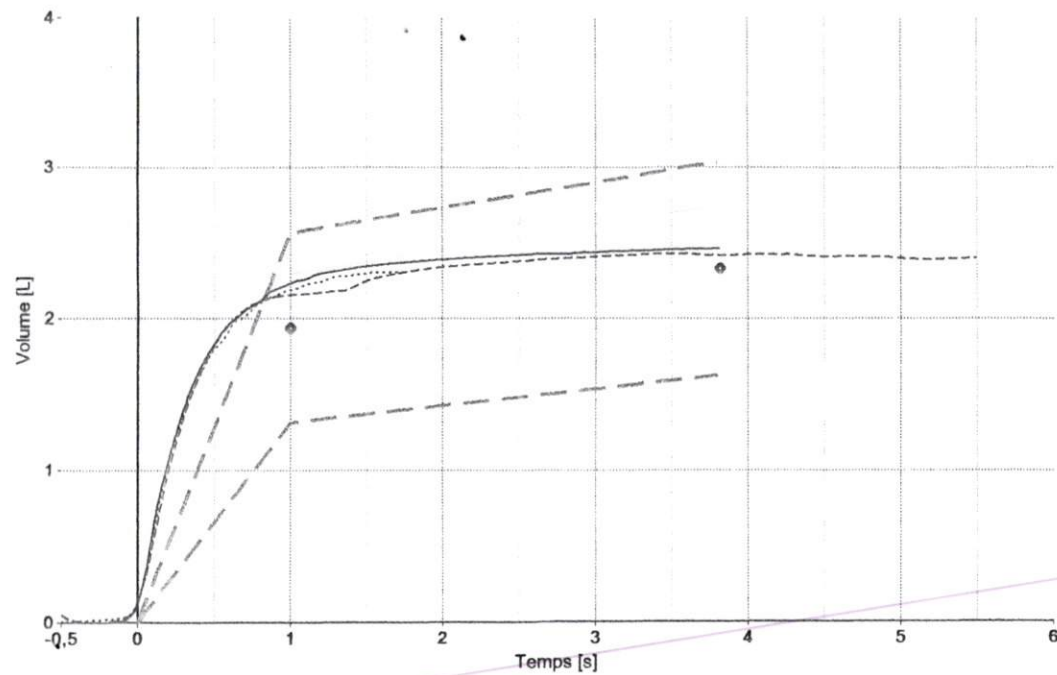
CV et BDV

Date du test	21/07/2023 14:24:29	Interprétation	GOLD(2008)/Hardie	Sélection de valeur	Meill. valeur
Heure post		Val. théo.	ERS/ECCS	BTPS (insp/exp)	1,12/1,02

Paramètre	Pré						
	Théo.	Lin	Meilleur	Essai 3	Essai 1	Essai 2	%Théo.
CVF [L]	2,33	1,62	2,46	2,46	2,43	2,30	106
VEMS [L]	1,94	1,31	2,23	2,23	2,15	2,18	115
VEMS/CVF	0,767	0,659	0,906	0,906	0,887	0,948	118
TEF [s]	-	-	3,8	3,8	3,6	1,6	-
CVIF [L]	2,33	1,62	2,60	0,13*	2,60	0,16*	112
DIP [L/s]	-	-	3,53	0,39	3,53	0,54	-
DEF25% [L/s]	5,00	2,78	6,05	6,05	4,90	5,47	121
DEF50% [L/s]	3,36	1,55	3,49	3,49	3,47	3,42	104
DEF75% [L/s]	1,12	-	1,55	1,55	1,67	1,92	138
DEF25-75% [L/s]	2,66	1,26	3,04	3,04	3,22	3,27	114
DEM25 [L/s]	1,12	-	1,55	1,55	1,67	1,92	138
DEM50 [L/s]	3,36	1,55	3,49	3,49	3,47	3,42	104
DEM75 [L/s]	5,00	2,78	6,05	6,05	4,90	5,47	121
DEP [L/min]	331	242	364	364	298	329	110
DEP [L/s]	5,52	4,04	6,07	6,07	4,97	5,48	110
DIP [L/min]	-	-	212	23	212	32	-

Dr. Benkirane Batoul
196 Av. Mers Sultan, Résidence Al Khansa
Casablanca
22/07/2023 14:24:29





Coopération : Bonne

Interprétation :

- Pas de trouble ventilatoire obstructif
- Pas d'obstruction bronchique périphérique
- Pas de profil restrictif
- Valeurs fonctionnelles normales