

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



Déclaration de Maladie

N° W19-563906

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL DRissi Aziz 202847

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse :

Tél. : 066479 1442 Total des frais engagés : 1893,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/2024

Nom et prénom du malade : EL DRissi Aziz Age:

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

Nature de la maladie : Douleurs Abdominales

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

Signature de l'adhérent(e) :



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
04	voir facture		1609,32	
2024	56814		2024	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/04/24	213,80

[illegible]

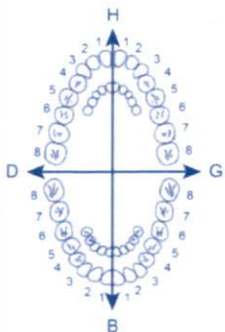
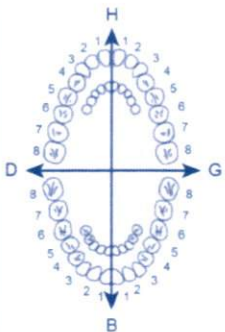
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, 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																	
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CASABLANCA

N°: 24041114342211830 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400862031	EL IDRISI AZIZ	11/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	021820	149,00
PAYANT	Total payé	149,00
CENT QUARANTE-NEUF DIRH		

Reçu établi par : SOU.WAH

Hospital Chemist
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
mail: contact@hospchem.ma

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
INTERNATIONAL CENTER

15/09/51
11/04/24
FONDATION CHEIKH KHALI
CASABLANCA

0000031010

VISA TRISSI AZI

MONSIEUR EL 2170

439311
12124 CARTE NATIONALE

621-0-000-1-41

2220064

Num	Comments
1	...
2	...
3	...
4	...
5	...
6	...
7	...
8	...
9	...
10	...
11	...
12	...
13	...
14	...
15	...
16	...
17	...
18	...
19	...
20	...
21	...
22	...
23	...
24	...
25	...
26	...
27	...
28	...
29	...
30	...
31	...
32	...
33	...
34	...
35	...
36	...
37	...
38	...
39	...
40	...
41	...
42	...
43	...
44	...
45	...
46	...
47	...
48	...
49	...
50	...
51	...
52	...
53	...
54	...
55	...
56	...
57	...
58	...
59	...
60	...
61	...
62	...
63	...
64	...
65	...
66	...
67	...
68	...
69	...
70	...
71	...
72	...
73	...
74	...
75	...
76	...
77	...
78	...
79	...
80	...
81	...
82	...
83	...
84	...
85	...
86	...
87	...
88	...
89	...
90	...
91	...
92	...
93	...
94	...
95	...
96	...
97	...
98	...
99	...
100	...

Num	TPE
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Num. Autorisation

STAN

MONTANT : 149,00 MAD

DEBIT

Copie client

STREET COMMERCIAL NAPS

VENEZ COMMERCE
CORP OF 22 91 74 74

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

16/04/2024

14:39

Nom Patient : EL IDRISSI AZIZ

Numéro dossier : 2400862031

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
11/04/2024	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (50)(1)	1766592	1,00	23,72	23,72
11/04/2024	ONDANSETRON NORMON 8 MG/4ML INJECTA (1)	1766592	2,00	46,24	92,48
11/04/2024	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1766592	1,00	3,77	3,77
11/04/2024	KIT PIQUAGE URG	1766592	1,00	19,40	19,40
Total pharmacie					139,37

Signature
16/04/2024 14:39
Tel: 05 29 00 44 77
Fax: 05 29 00 44 77
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 11/04/2024

Quittance - Paiement espèces

873994

Тел.: 05 29 03 53 45
1997

Tél.: 05 29 03 53 45
IPP:

Fax: 05 29 11 11 11 **IPP**
contact@fclm.hclm.it

mail: contact@...

N° D'admission : 2400860031 Montant : 11,000 DH

Patient: ELADRESSE AZIZ

Payé par : *Qu. Ma* *Hôpital Chéri*

Cachet

Höpital Cheikh

Tél.: 05 29 03 53 45

Fax: 05 29 00 44 77

E-mail: contact@info-hk.com

Reçu de caisse

N° : 2404111217127040 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400862031	EL IDRISSE AZIZ	11/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	15665	1 320,00
PAYANT	Total payé	1 320,00
MILLE TROIS CENT VINGT		

Reçu établi par : MOH.RHO



مرکز التجهيز

13:13:20

11/04/24

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A0000000031010

APP : UISA

MONSIEUR EL IDRISSE AZI

xxxxxxx2170

12/24 CARTE NATIONALE

EDF73545D1ACD4CB

621-0-9999-1-44

1320,00 MAD

MONTANT: 012

NUM TRANSACTION : 483285

NUM AUTORISATION : 015665

STAN

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT

Date		Prestation	Cotation	PU	Montant
11/04/2024	Laboratc	NFS - Numération formule sanguine + plaq	B 80	1,20	96,00
11/04/2024	Laboratc	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	B 160	1,20	192,00
11/04/2024	Laboratc	Créatinine sanguine	B 30	1,20	36,00
11/04/2024	Laboratc	Protéine C réactive - CRP	B 100	1,20	120,00
11/04/2024	Laboratc	Transaminases SGOT/ASAT	B 50	1,20	60,00
11/04/2024	Laboratc	Transaminases SGPT/ALAT.	B 50	1,20	60,00
11/04/2024	Laboratc	Lipase	B 100	1,20	120,00
11/04/2024	Laboratc	Troponine I ultrasensible	B 250	1,20	300,00
11/04/2024	Laboratc	Urée	B 30	1,20	36,00
				Sous Total	1 020,00
				Total	1 020,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tel.: 05 26 00 44 77
 Fax: 05 26 00 44 77
 E-mail: contact@hck.m

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 814 / 2024 du 11/04/2024

Nom patient : EL IDRISSE AZIZ

Entrée 11/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0850	1 020,00	1 020,00
SURVEILLANCE D'URGENTISTE EN DECHOCAGE	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	1 470,00
PHARMACIE	1,00		139,37	139,37
			Sous-Total	139,37
Total Frais Clinique				1 609,37

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 609,37
MILLE SIX CENT NEUF DIRHAMS TRENTE-SEPT CENTIMES		

Encaissements	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	140,37	1 469,00	1 609,37	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 E-mail: hopital@chkhz.gov.qa

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH
HUICK

LABORATOIRE
synergia®

P.P.C : 99 DH

Lot : Dluo:

F05/23 05/26

Euzol® 40
Esomeprazole

Ordonnance

Casablanca, le :



2400862031 / 170525094512SM

Prénom : Aziz

Nom : EL IDRISSI

DDN : 01/01/1970 E: 11/04/2024

Service : URGENCES (NA)

PAYE

Sexe

Gélules

Voie orale

LOT : 9576
PER : 11-26

P.P.V : 114DH80

114,80

1) Euzol 40

1 gel de meti pelt 0 fs

2) Nausele sirop

99,00 l cois x 3ff

3) Maxiflone

20 min

(avant repas)

Si nausée de

connaissance

213,50 l pelt 0 fs



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom :

EL IDRISSI

Casablanca le :

14/04/2024

BILAN BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☒ M ☐ F

• Hémato/Hémostase :

☒ NFS - Pq

☐ Groupage - Rhésus

☐ RAI

☐ TP - TCK

☐ INR

☐ D-DIMERES

• Bilan Infectieux

☒ CRP

☐ VS

☐ ECBU

☐ Hémoculture

☐ PCT

• Bilan Métabolique

☒ Ionogramme sanguin

☒ Urée - Créatinémie

☐ Glycémie

• Bilan Hépto-pancréatique :

☒ ASAT - ALAT

☐ BC - BN - BT

☐ Gamma GT

☐ PA

☒ LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

☒ Troponines

☐ BNP

Autres :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature et caché du médecin
Des urgences

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur EL IDRISSI
17/04/2024

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 11/06/2024

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme EL IDROSSI AZIZ Le : 11/06/2024

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Douleurs Abdominales

Patient(e) a bénéficié d'un :

- Traitement symptomatique.
- Bilan Biologique.
- Bilan Radiologique :

- RADIO
- ECHOGRAPHIE
- SCANNER
- IRM
- AUTRES :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 170525094512SM

Date de naissance : 01/01/1970

Sexe : M

Date de l'examen : 11/04/2024

Prélevé le : 11/04/2024 à 13:35

Edité le : 11/04/2024 à 14:33

EL IDRISSI AZIZ

Dossier N° : 24042581K

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	5.13	$10^{12}/l$	4.28 - 6
Hémoglobine	:	14.6	g/dl	13.0 - 18.0
Hématocrite	:	41.7	%	39 - 53
VGM	:	81.3	fl	78 - 98
CCMH	:	35.0	g/dl	31.0 - 36.5
TCMH	:	28.5	pg	26 - 34

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	11.03	$10^3/mm^3$	4 - 11
P. Neutrophiles	:	82.1	%	9.06 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	0.5	%	0.06 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.63
P. Basophiles	:	0.3	%	0.03 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	11.9	%	1.31 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	5.2	%	0.57 $10^3/mm^3$ 0.18 - 1.00

PLAQUETTES

Plaquettes	:	192	$10^3/mm^3$	150 - 400
------------	---	-----	-------------	-----------

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 11/04/2024 à 14:33

Signature

Mr. ZOUHAIR Saad

1 / 3

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Oum Rabii Hay Hassani, BP 82403 Casablanca, Maroc

+212 (0) 5 29 00 44 77

@hckofficiel

@hopital.cheikh.khalifa

www.hck.ma



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 170525094512SM

Date de naissance : 01/01/1970

Sexe : M

Date de l'examen : 11/04/2024

Prélevé le : 11/04/2024 à 13:35

Edité le : 11/04/2024 à 14:33

EL IDRISSE AZIZ

Dossier N° : 24042581K

Service : URGENCE



BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 3.00 mg/l < 8
(Immunoturbidimétrie / Architect Ci4100)

< 1 mg/l : risque faible de développer un problème cardiaque.
1-3 mg/l : risque modéré.
> 3 mg/l : risque élevé.
> 10 mg/l : processus inflammatoire actif

IONOGRAMME

SODIUM (Na ⁺)	:	141 mEq/l	136 - 145
POTASSIUM (K ⁺)	:	4.6 mEq/l	3.5 - 5.1
CHLORURES (Cl ⁻)	:	109 mEq/l	98 - 107
RÉSERVE ALCALINE	:	20 mEq/l	22 - 30
PROTEINES TOTALES	:	75 g/L	64 - 83
CALCIUM	:	89 mg/L	85 - 101
URÉE	:	0.21 g/L	0.15 - 0.45
CRÉATININE SANGUINE	:	9.34 mg/L	7 - 13

BILAN HÉPATIQUE

TRANSAMINASES ASAT(SGOT)	:	25 UI/L	5 - 34
TRANSAMINASES ALAT(SGPT)	:	21 UI/L	< 55

TROPONINE I : < 0.001 ng/ml < 0.030

Seuil décisionnel selon les recommandations ACC/ESC et IFCC:

> 0.3 (CV 10%) Infarctus du myocarde

NB: Toute valeur de troponine < 0.3 ng/ml associée à un ECG négatif et à une douleur thoracique de moins de 6

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 11/04/2024 à 14:33

Signature
Mr. ZOUHAIR Saad

2 / 3

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Oum Rabii Hay Hassani, BP 82403 Casablanca, Maroc

+212 (0) 5 29 00 44 77

@hckofficiel

@hopital.cheikh.khalifa

www.hck.ma



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 170525094512SM

Date de naissance : 01/01/1970

Sexe : M

Date de l'examen : 11/04/2024

Prélevé le : 11/04/2024 à 13:35

Edité le : 11/04/2024 à 14:33

EL IDRISSE AZIZ

Dossier N° : 24042581K

Service : URGENCE



heures doit être confirmée par un second prélèvement 4 heures plus tard pour exclure un diagnostic d'IDM.

LIPASE

:

21.9 UI/l

8 - 78

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 11/04/2024 à 14:33

Signature

Mr. ZOUHAIR Saad

3 / 3

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Oum Rabii Hay Hassani, BP 82403 Casablanca, Maroc

+212 (0) 5 29 00 44 77

@hckofficiel

@hopital.cheikh.khalifa

www.hck.ma

11-Avr-2024 PM1:35:25

11-Avr-2024 PM1:35:25

Médicament :

cm

kg

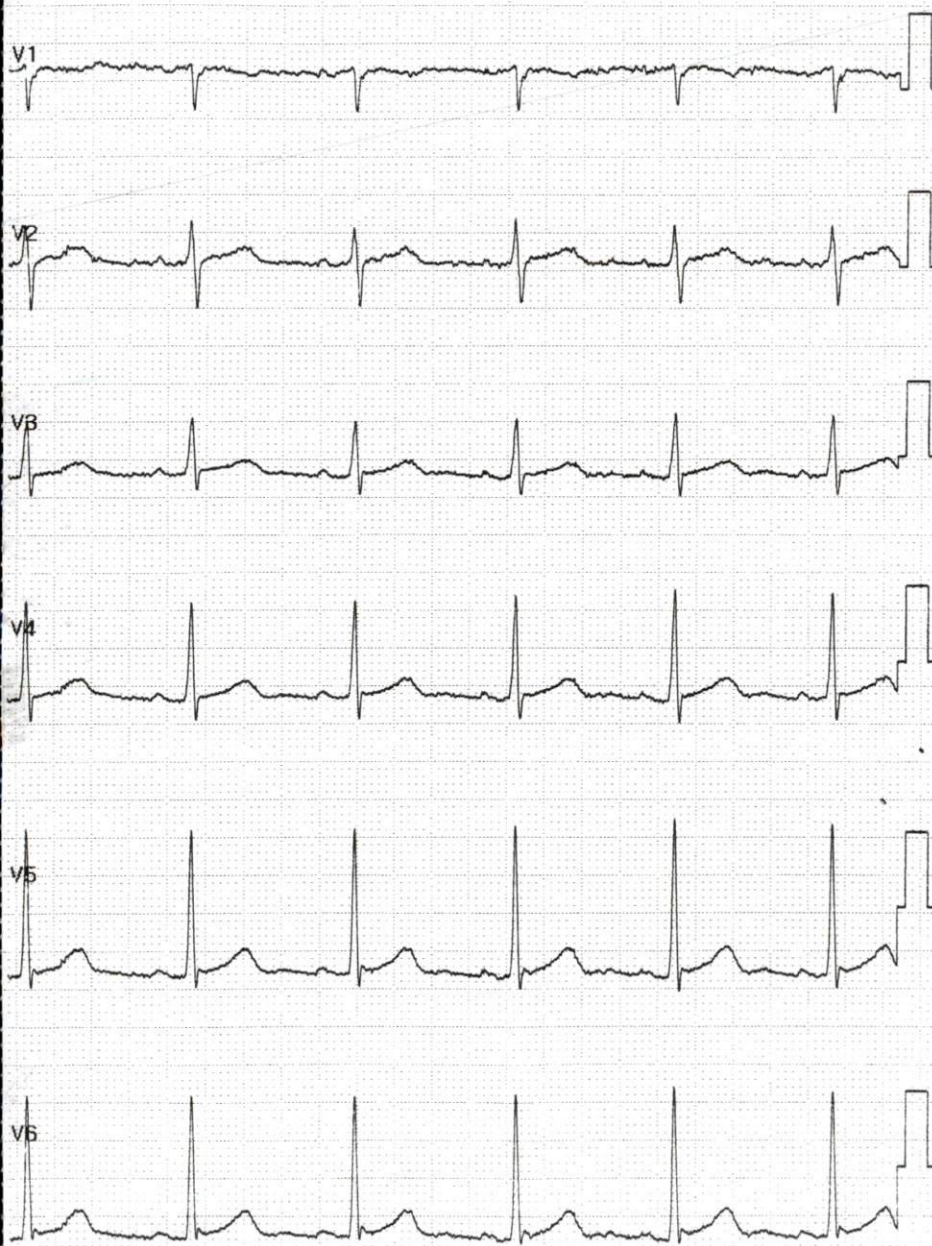
/

mmHg

70 bpm

Antécédents :

0 mm/mV



Examen :

ID:

lon :

lexe:M

Date de naissance:

ans

cm

kg

/

mmHg

Irég. ventr.

68

bpm

Int. PR

168

ms

Durée QRS

90

ms

Int. QT/QTc(E)

422/ 440

ms

Ixe P/QRS/T

26/ 33/ 17

°

Impl RV5/SV1

1.96/ 0.55

mV

Impl RV5+SV1

2.51

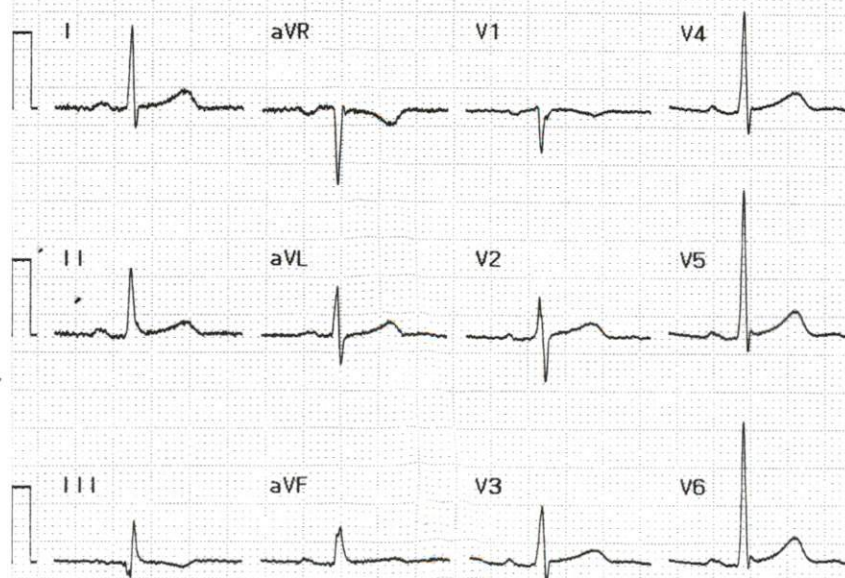
mV

1100 Rythme sinusal

0102 ARTEFACT PRÉSENT

9110 ** ECG normal **

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé

levu par :

Examen :

2024 PM1:34:45

Pression artérielle : / mmHg
 72 bpm
 172 ms
 88 ms
 408/ 432 ms
 19/ 34/ 20
 RV5/SV1 1.89/ 0.56 mV
 ImpI RV5+SV1 2.45 mV

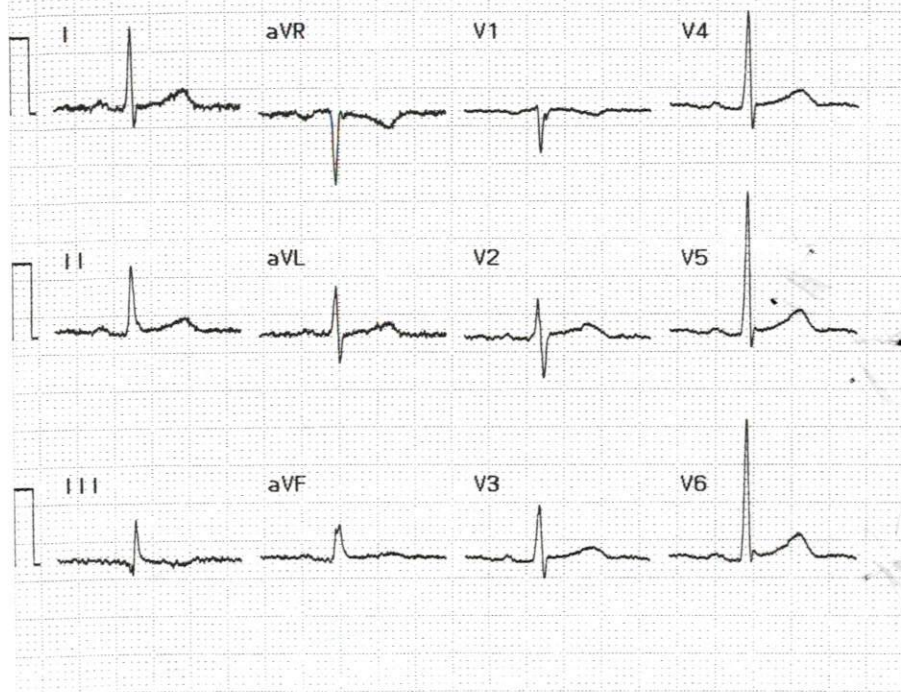
1100 Rythme sinusal
 0102 ARTEFACT PRÉSENT
 9110 ** ECG normal **



2400862031 / 170525094512SM
 Prénom : Aziz
 Nom : EL IDRISSI
 DDN : 01/01/1970 E: 11/04/2024
 Service : URGENCES (NA)

PAYANT
 Sexe: M

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé
 levu par :

Examen :

ID:

Nom :

Sexe: M

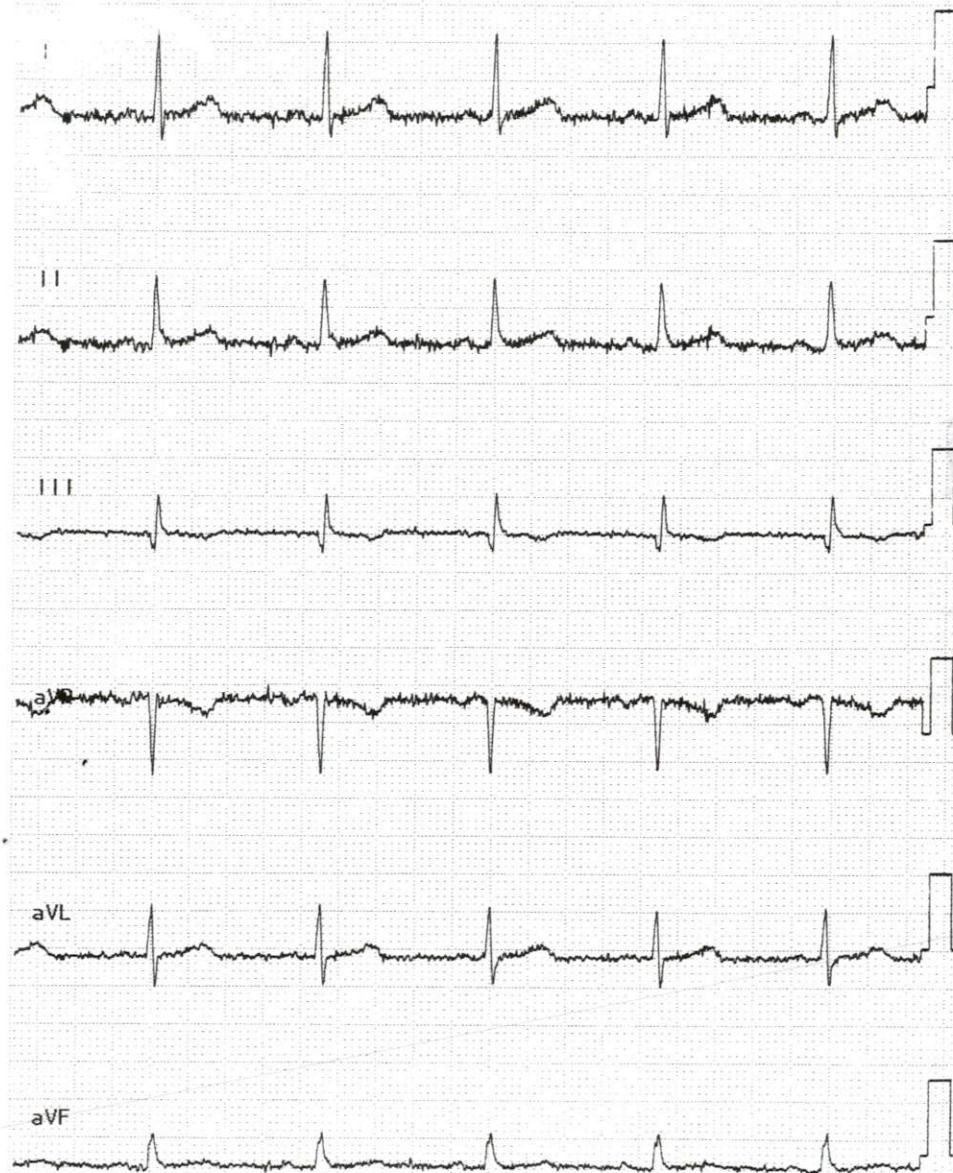
Date de naissance:

ans

Symptômes :

10 mm/mV 25 mm/s

Filtre : H50 d 100 Hz



2350K 03-08 07-01 Service :

ID:

11-Avr-2024 PM1:34:45

Nom :

Sexe:M

Date de naissance:

ans

Médicament :

cm

kg

/

mmHg

73 bpm

Symptômes :

Antécédents :

10 mm/mV

25 mm/s

Filtre : H50 d 100 Hz

0 mm/mV

