

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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° M21- 0006180

65973

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2585 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M<sup>me</sup> BENCHEKROUN Fadia

Date de naissance : 28-01-1957

Adresse : 180 Impasse EUNASSINE

HAY RAHA

Tél. : 0689380990 Total des frais engagés : 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 : Vésicule biliaire

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : *Gathes*

Dr. N. RADHI  
Chirurgien - Casa  
Clinique Atlas - 09111 071  
INPE : 09111 071

**MUPRAS**  
15 AVR. 2021  
**ACCUEIL**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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       |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/03/2021      |                   | 1                     | 300DH                           | Docteur N. RADHI<br>Chirurgien<br>Clinique Atlas<br>INPE : 091117671 |
| 21/03/2021      | dent              | 1                     | 489DH                           |  |

## 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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| RADIOLOGIE<br>Tél: 05 22 22 29 79<br>Rue Tahar Houdou (Ex-Gallée)<br>Moussa Ibnou Moussa - Gauthier | 23/03/21 | Vign. facture                | 509 DH                 |
|   | 23/03/21 | B24a                         | 346,00 DH              |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

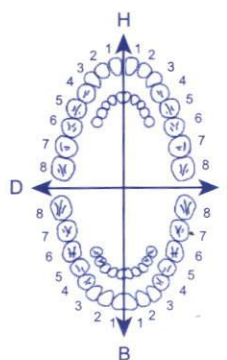
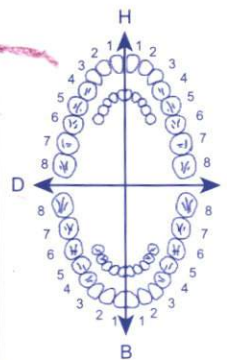
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient         |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---|--|---------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|    |  |                     |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                     |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                     |                     | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                     |                     | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                     |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                     |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                     |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                     |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                     |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                     |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table> |                     |                     | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | H  |                     |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 25533412   | 21433552            |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000            |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | D  | G                   |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000            |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 35533411   | 11433553            |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | B  |                     |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |                     | 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

Casablanca le 22/03/21

Nom et Prénom : Mme. BENCHIKROUN. FATEHA

A faire



❖ **Echographie abdominale**

clercus VK

الدكتور نور الدين الراضي  
Docteur N. RADHI  
Chirurgien  
Clinique Atlas - Casa  
INPE : 091117671

01.04.21

Patient : Mme Bencheikroun FATIMA

FAIRE SCANNER THORACIQUE

EN INSPIRATION PROFONDE

Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

الدكتور نور الدين الراضي  
Docteur N. RADHI  
Chirurgien جراح  
Clinique Atlas - Casa  
INPE : 091117671

الدكتورة أيمن باجو  
Dr. AIT BACHOU Khadija  
Anesthésiste-Réanimateur



27/03/2022  
Dr. H. Idrissi Gaitouni

- 200

Polyclinique Atlas  
ANFA

27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél.: 0522 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00  
ACCUEIL

Dr. H. IDRISSE GAITOUNI  
Anesthésiste-réanimateur



polyclinique Atlas  
ANFA

Coelio - Chirurgie  
Chirurgie générale  
Chirurgie de l'obésité  
Chirurgie carcinologique

Date : le 22/05/21

Mme, Melle, Mr : Bencherouf Fatma

☒ NFS + PLAQUETTE

☐ TP-TCK

☐ CRP

☐ PROCALCITONINE

☐ HB glyqué

☒ Urée

☒ Créatinine

☒ Transaminases

☐ Bilirubine

☐ Phosphatase alcaline

☐ Amylasémie

☐ Lipasémie

☐ Gamma GT

☐ Test respiratoire  
de l'helicobacter pylori.

☐ TSH

☐ T4 Libre

☐ PSA

☐ CA19.9

☐ CA125

☐ ACE

☐ AFP

☐ CA153

☐ Groupage

☐ VS

☐ Electrophorèse de protéine  
plasmatique

☐ Ionogramme complet

☒ Glycémie

☐ AC Anti nucléaire

☐ AC Anti DNA natifs

☐ Fibrinogène

☐ Triglycérides.

☐ Acide urique

☐ CHOLESTEROL

☐ Copro parasitologie

☐ FERRETINE

☐ AGHBS

☐ HCV

☐ Charge virale par PCR

☐ HIV

☐ TPAHA

☐ VDRL

☐ CMV

☐ VIDAL et FELIX

☐ ECBU

27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00  
Polyclinique Atlas  
ANFA

Dr. H. IDRISSEI GAITOUNI  
Anesthésiste-réanimateur

SIGNATURE



LABORATOIRE GALLÉE D'ANALYSES MÉDICALES 01  
Rue Taha Houcine (Ex-Galilée)  
Angèle Moussa Ibnou Noussair - Gauthier  
Tél : 05 22 20 47 11 / 20 46 92 / 29 79 30  
Fax : 05 22 29 79 31 - 20060 Casablanca

**F A C T U R E**

N° : **1733 / 2021** du **24/03/2021**

| Nom du patient                | Modalité de paiement | Période hospitalisation |          |
|-------------------------------|----------------------|-------------------------|----------|
| Mme <b>BENCHEKROUN FATIHA</b> | Payant               | 24/03/21                | 24/03/21 |

| Désignations des prestations  | Lettres Clé | Nbre        | Prix unitaire     | Montant DH    |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------------|---------------|
| <b>ECHOGRAPHIE ABDOMINALE</b> | <b>K20</b>  | <b>1,00</b> | <b>250,00</b>     | <b>250,00</b> |
|                               |             |             | <b>Sous/Total</b> | <b>250,00</b> |
| <b>Total clinique</b>         |             |             |                   | <b>250,00</b> |

|  |          |             |                   |               |
|--|----------|-------------|-------------------|---------------|
| <b>DR. RADOUANE KHADIJA (radiologue)</b> | <b>k</b> | <b>1,00</b> | <b>250,00</b>     | <b>250,00</b> |
|  |          |             | <b>Sous/Total</b> | <b>250,00</b> |
| <b>Total autres prestations</b>          |          |             |                   | <b>250,00</b> |

|  |                 |        |       |                      |               |
|--|-----------------|--------|-------|----------------------|---------------|
| Arrêtée à la somme de :<br><b>CINQ CENTS DIRHAMS</b> |                 |        |       | <b>TOTAL GENERAL</b> | <b>500,00</b> |
| Encaissé espèce                                      | Encaissé chèque | Total  | Solde |                      |               |
| 500,00   |                 | 500,00 |       |                      |               |

**Polyclinique Atlas**  
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA  
Tél: 05 22 27 40 43  
**RADIOLOGIE**



Mme BENCHEKROUN FATIHA

Le 24/03/2021

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

### Résultats :

- Foie de taille normale, de contours réguliers, homogène
- Vésicule biliaire pleine, à paroi épaissie, lithiasique
- Absence de dilatation des VBIH et VBP
- TP de calibre normal, libre
- Rate d'aspect normal
- Reins de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés, sans dilatation des cavités excrétrices, siège de quelques kystes sinusaux bilatéraux, le plus volumineux mesure 25mm de diamètre et siège à gauche
- L'exploration du pancréas et la recherche d'adénopathie profonde sont gênées par un écran d'un écran de gaz
- Absence d'épanchement péritonéal
- La vessie est libre

### Conclusion :

- Cholécystite lithiasique
- Quelques kystes sinusaux rénaux bilatéraux

Cordialement

Polyclinique Atlas  
27 Rue Jean Jaurès - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 40 43  
RADIOLOGIE

Dr. RADOUANE Khadija  
RADIOLOGUE



ICE 001680376000046

INPE : 097159495

Casablanca le 27 mars 2021

Madame BENCHEKROUN FATIHA

|            |       |
|------------|-------|
| FACTURE N° | 24941 |
|------------|-------|

Analyses :

|   |    |     |               |
|---|----|-----|---------------|
| Numération formule sanguine 02+05 ----- | B  | 80  |               |
| Urée97 -----                            | B  | 30  |               |
| Créatinine98 -----                      | B' | 30  |               |
| Transaminases115 -----                  | B  | 100 | Total : B 240 |

Prélèvements :

|           |    |     |  |
|-----------|----|-----|--|
| Sang----- | Pc | 1,5 |  |
|-----------|----|-----|--|

TOTAL DOSSIER

346,60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quarante Six Dirhams et Soixante Centimes

LABORATOIRE GALILEE D'ANALYSES MEDICALES 01  
29 Rue Tahar Houdine (Ex-Galilee)  
Gauthier  
Tél : 05 22 25 97 77 / 20 46 91 29 79 30  
Fax : 05 22 25 97 31 - 2080 Casablanca  
Angle Maroc

**F A C T U R E**

N° : 1913 / 2021 du 27/03/2021

| Nom du patient         | Modalité de paiement | Période hospitalisation |          |
|------------------------|----------------------|-------------------------|----------|
| Mme BENCHEKROUN FATIHA | Payant               | 27/03/21                | 27/03/21 |

| Désignations des prestations      | Lettres Clé | Nbre | Prix unitaire | Montant DH |
|-----------------------------------|-------------|------|---------------|------------|
| AIDE MED. INF. K5                 |             | 1,00 | 50,00         | 50,00      |
| ECG                               |             | 1,00 | 200,00        | 200,00     |
|                                   |             |      | Sous/Total    | 250,00     |
| Total clinique                    |             |      |               | 250,00     |
| DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi) | V2          | 1,00 | 200,00        | 200,00     |
|                                   |             |      | Sous/Total    | 200,00     |
| Total autres prestations          |             |      |               | 200,00     |

Arrêtée à la somme de :  
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

**TOTAL GENERAL 450,00**

| Encaissé espèce | Encaissé chèque | Total  | Solde |
|-----------------|-----------------|--------|-------|
| 450,00          |                 | 450,00 |       |

27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00  
ACCUSE REÇU  
Polyclinique Atlas

Le : 27/03/2021 09:34

Références 1913 / Payant  
Entrée / Sortie : 27/03/2021 - 27/03/2021

N° 574179

Le Docteur **EQUIPE REANIMATEURS**présente à **Mme BENCHEKROUN FATIHA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**200,00 Dhs** (DEUX CENTS DIRHAMS)

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

Dr H. IDRIS QAITOUNI  
Anesthésiste-réanimateur  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00  
ACCUSE  
Polyclinique Atlas  
Cachet et signature



# POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICPLINAIRE

+212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00  
CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 27/03/2021 Heure 09:30

Nom et Prénom du patient MmeBENCHEKROUN FATIHA

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant EQUIPE REANIMATEURS

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0,00

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie NON

Dr. H. IDRISSI QAITOUNI  
Anesthésiste-Réanimateur

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 27/03/2021

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*

Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

# FACTURE

N° : 1969 / 2021 du 01/04/2021

| Nom du patient         | Modalité de paiement | Période hospitalisation |
|------------------------|----------------------|-------------------------|
| Mme BENCHEKROUN FATIMA | Payant               | 01/04/21 01/04/21       |

| Désignations des prestations | Lettres Clé | Nbre | Prix unitaire | Montant DH |
|------------------------------|-------------|------|---------------|------------|
| T.D.M THORACIQUE             | Z           | 1,00 | 750,00        | 750,00     |
|                              |             |      | Sous/Total    | 750,00     |
| Total clinique               |             |      |               | 750,00     |

|                                   |    |      |            |        |
|-----------------------------------|----|------|------------|--------|
| DR. RADOUANE KHADIJA (radiologue) | V2 | 1,00 | 250,00     | 250,00 |
|                                   |    |      | Sous/Total | 250,00 |
| Total autres prestations          |    |      |            | 250,00 |

|                         |                 |          |       |               |          |
|-------------------------|-----------------|----------|-------|---------------|----------|
| Arrivée à la somme de : |                 |          |       | TOTAL GENERAL | 1 000,00 |
| MILLE DIRHAMS           |                 |          |       |               |          |
| Encaissé espèce         | Encaissé chèque | Total    | Solde |               |          |
| 1 000,00                |                 | 1 000,00 |       |               |          |

polyclinique Atlas  
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 40 43  
RADIOLOGIE

**MUPRAS**  
"5 AVR. 2021  
**ACCUEIL**

Mme BENCHEKROUN FATIHA

Le 01/04/2021

### **TDM THORACIQUE :**

**Technique** : Série Axiale en acquisition volumique sans injection de PDC.

**Résultats** :

- Absence de nodule ou micronodule pulmonaire décelable
- Absence de foyer évolutif décelable
- Absence d'adénopathie médiastinale de taille significative
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique
- Absence de lésion osseuse d'allure suspecte
- Malposition cardio-tubérositaire
- Sur les coupes passant par le cou on note une thyroïde nodulaire

**Conclusion**

- Thyroïde nodulaire : à confronter aux données échographique pour une meilleure caractérisation
- Malposition cardio-tubérositaire
- Absence d'autre anomalie décelable sur cet examen

Cordialement

Dr. KADOUANE Fadja  
RADIOLOGUE  
Polyclinique Atlas  
27, Rue Jean Jaures - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 40 43  
RADIOLOGIE



Mme BENCHEKROUN FATIHA

Le 01/04/2021

## **TDM THORACIQUE :**

**Technique** : Série Axiale en acquisition volumique sans injection de PDC.

### **Résultats** :

- Absence de nodule ou micronodule pulmonaire décelable
- Absence de foyer évolutif décelable
- Absence d'adénopathie médiastinale de taille significative
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique
- Absence de lésion osseuse d'allure suspecte
- Malposition cardio-tubérositaire
- Sur les coupes passant par le cou on note une thyroïde nodulaire

### **Conclusion**

- Thyroïde nodulaire : à confronter aux données échographique pour une meilleure caractérisation
- Malposition cardio-tubérositaire
- Absence d'autre anomalie décelable sur cet examen

Cordialement

Polyclinique Atlas  
27, Rue Jean Jaures - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 00 43  
RADIOLOGIE  
Dr. RADOUANE Khadija  
RADIOLOGUE

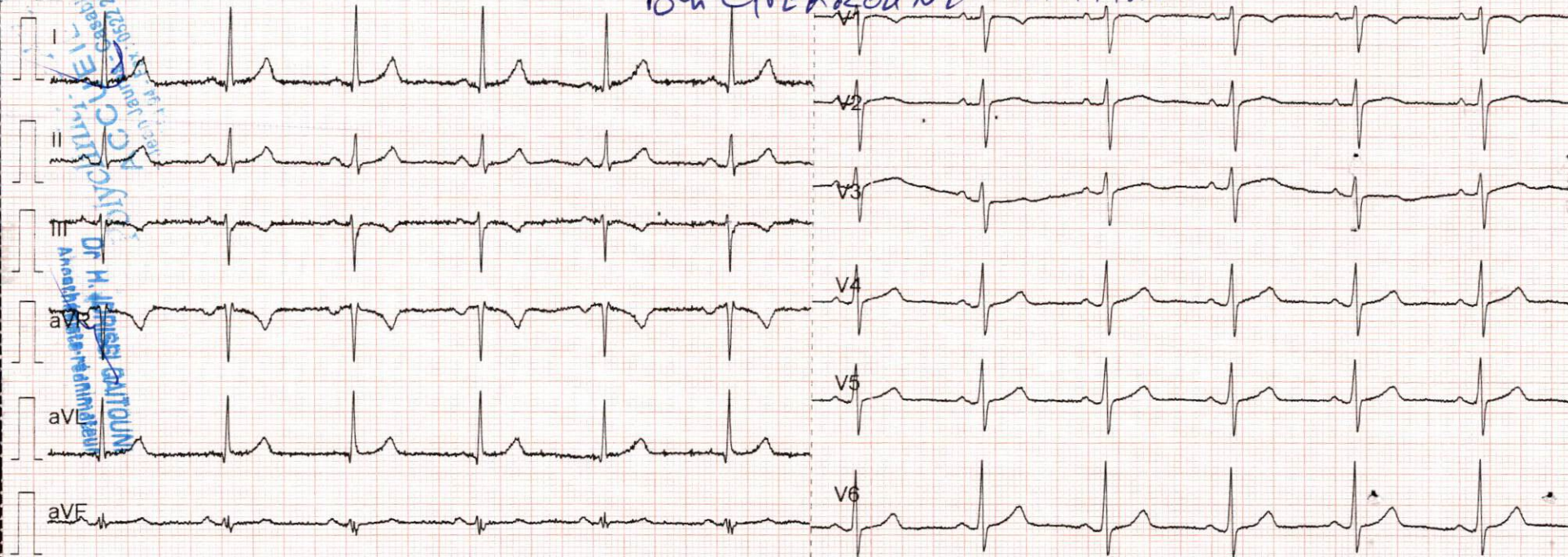






ID: 210327000 10mm/mV 25mm/s AC:50Hz,0.5~100Hz

Ben CHEKROUNE FATIHA



Imprimer l'heure: 27/03/2021,10:17:03 Biocare iE 6 V1.00.0052/CardiPro1.20

Nom:  
Numéro ID:  
Sexe:  
Stimulateur:  
N° chambre:

Fréquence:  
Durée P/Q:  
Axes P/Q:  
Tension R:

\*\*\*\*\* Ana:  
8110 R:  
\*\*ECG no:

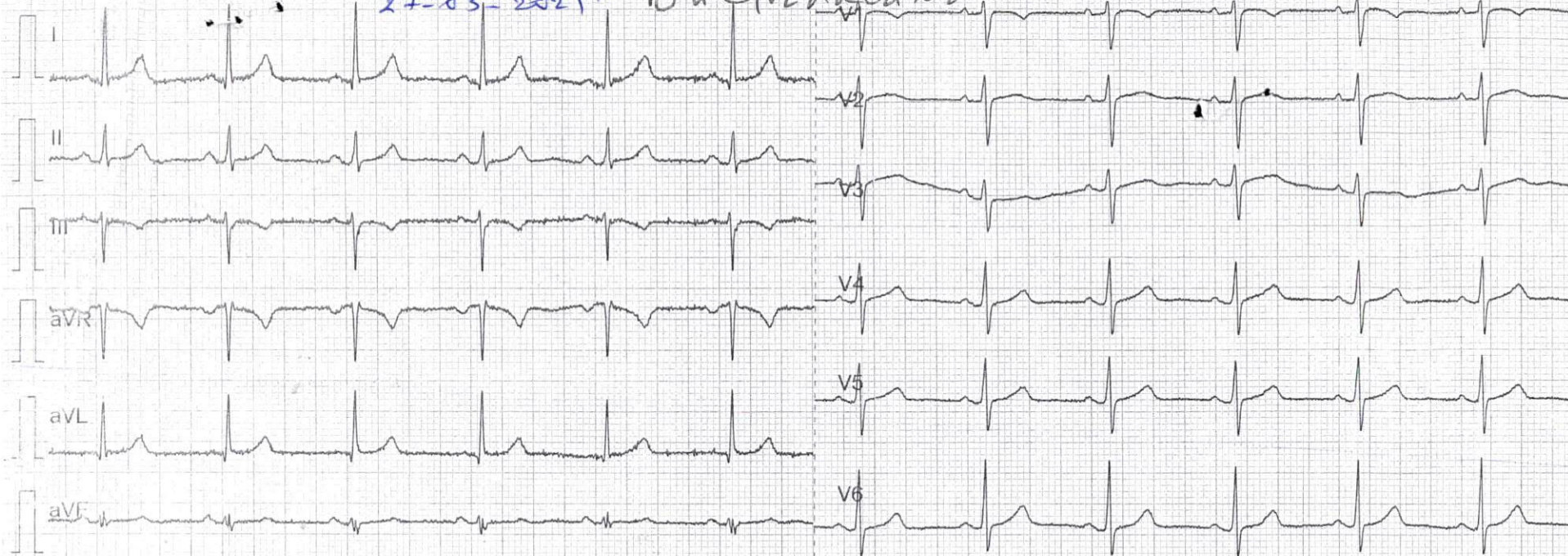
Le docteur:  
Vérifier l'impression:



ID: 210327000 10mm/mV 25mm/s AC:50Hz,0.5-100Hz

27-03-2021

BE CHEKROUNE FATIHA



Imprimer l'heure: 27/03/2021,10:17:03 Biocare iE 6 V1.00.0052/CardiPro1.20