

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

- Reclamation : 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° M21- 061956

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6704 Société : Ram 90650

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZZARI KHALID

Date de naissance : 30-08-1957

Adresse : Résidence ORPHEE n° 27 Boulevard

Tél. : 0669310386 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 :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1630443

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ABASSI KHALID
Matricule : 6704 Fonction : CDR Ret Poste : DoA
Adresse : RESIDENCE OREO N° 17 BOUSKOURA
Tél. : 0661310386 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ABASSI KHALID Age 34 - 08 - 57
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / / Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 1630443
Matricule N° : 6704
Nom du patient : ABASSI
Date de dépôt : 03/11/2017
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :
MUPRAS



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	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT 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		
	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	00000000	00000000	MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

تَعْلِمَاتِ بِحَبِّ اتِّبَاعِهَا

une feuille de soins par personne et par
ment.

uille de soins doit être accompagnée de
les pièces justificatives originales
nances médicales, factures, résultats des
ns de radiologie et/ou de laboratoire).

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

prospectus et les PPM concernant les
achats doivent être joints aux
demandes transmises.

uille de soins ainsi que les pièces
natives doivent être présentées à la CNSS
es deux mois qui suivent le premier acte
al, sauf s'il y a traitement médical continu.
ce dernier cas, le dossier doit être présenté
se soixante (60) jours qui suivent la fin du
nent.

l'emboursement des frais engagés sera
réalisé sur la base de la tarification nationale de
référence.

isques liés aux accidents du travail et les professionnelles ne sont pas couverts.

personne coupable de fraude ou de fausse
ation pour obtenir des prestations qui ne
as dues, est passible des sanctions légales
ementaires.

gation de remboursement prise par la
est subordonnée au respect des conditions
rentaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أئمتها
بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الانبائية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة ، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.


سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية
المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>موقع الموظف Date d'arrivée:</p>	<p>تاريخ الإيداع: تاريخ الاستلام:</p>

 الضمان الاجتماعي CNSS	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>	مديرية التأمين الصحي الاجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Rcl 010-1-02 مرجع رقم 1.2.01.01/ANAM
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Norm et prénom : ALBERT KHALIS : الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 4949252331 : رقم التسجيل : B137797
 N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج
Enfant ☐ ابن

Adresse RESIDENCE ORFI N° 27 BOUSKOURA العنوان :

Montant des frais : 3079,10 Dhs مبلغ المصاريف :

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تَصْرِیحُ الطَّبِیبِ الْمَعَالِجِ

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **AZZAB KHALID** : الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : **30 08 1957** : تاريخ الميلاد :
N° CIN : **B137797** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe: M ☒ ذكر F ☐ أنثى الجنس:

INPE et code à barres **

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins	نوع العلاجات
---------------	--------------

Maladie*	<input type="checkbox"/>	* مرض	Maternité*	<input type="checkbox"/>	* أمومة
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/>	* استشفاء	Accident*	<input type="checkbox"/>	* حادث

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Fait a 06.08.2021

[illegible]

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cacher la mention utile pour chaque case.

...² Accrocher l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins ainsi que le code à barres.

0522 548 628 / 26 / 27 / 28 الفاكس : 09 82 (H 721) الاتصال : مركز : 0522 548 667 الهاتف : الجمعية - الدار البيضاء المغربية
 Maison de l'Amour - Place de l'Alakkar - Casablanca BP 7180 Casablanca (Maroc) Téléphone : 0522 548 667 Centre d'appels ASB : 09 82 (H 721) Fax : 0522 548 628 26 / 27 / 28

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
06/08/2021	S		600	<p>CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CASA - OASIS 20, Rue de France Ville Oasis - Casa Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25</p> <p>DR. ALLAOUI Mohamed Cardiologue 20, Rue de France Ville Oasis - Casa Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25</p>	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
					<p>CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CASA - OASIS 20, Rue de France Ville Oasis - Casa Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25</p> <p>DR. ALLAOUI Mohamed Cardiologue 20, Rue de France Ville Oasis - Casa Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25</p>	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات: الأحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAPINABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
06/08/2021			500	<p>CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CASA - OASIS 20, Rue de France Ville Oasis - Casa Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25</p> <p>DR. ALLAOUI Mohamed Cardiologue 20, Rue de France Ville Oasis - Casa Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25</p>	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
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		
06/08/2021	100	<p>CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CASA - OASIS 20, Rue de France Ville Oasis - Casa Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25</p> <p>DR. ALLAOUI Mohamed Cardiologue 20, Rue de France Ville Oasis - Casa Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25</p>		
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي التأميني C N S S	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 211008802149465	Emis à Casablanca le : 05/10/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 191925233 Règlement du mois : 10/2021 Mode de paiement : Virement	AZZABI KHALID RES DE L OREE NR 27 DRABNA CASABLANCA 2718	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنبو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
AZZABI KHALID										
086562505	06/08/2021	KE	MEDECIN SPECIALISTE	700,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70	455,00
086562505	06/08/2021	K	MEDECIN SPECIALISTE	700,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70	455,00
086562505	06/08/2021	PH	PHARMACIE	1 679,10	1 679,10	1,00	1,00	1 679,10	70	1 175,37
Total remboursé pour KHALID										2 085,37
Total général remboursé										2 085,37

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

Le 06/08/2024

الدكتور محمد علاوي
Dr. Mohamed ALLAOUI
CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie
et
Pathologie Vasculaire
de la Faculté
de
Médecine de PARIS
Ancien Interne
des
Hôpitaux de NANCY
Membre de la Société
Française de Cardiologie

M^{re} Azzabi Khalid

89.10

1) Cardiaspirine 100 mg

27.70 x 3

1cp j x midi

1679.10 1cp x 21 j

III de 03 mois

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

MXGS0056
6 118001 130054
CORALAN 7,5 mg - O
Boîte de 28 comprimés
PPV:266DH00

MXGS0056
6 118001 130054
CORALAN 7,5 mg - O
Boîte de 28 comprimés
PPV:266DH00

MXGS0056
6 118001 130054
CORALAN 7,5 mg - O
Boîte de 28 comprimés
PPV:266DH00

MXGS0056
6 118001 130054
CORALAN 7,5 mg - O
Boîte de 28 comprimés
PPV:266DH00

MXGS0056
6 118001 130054
CORALAN 7,5 mg - O
Boîte de 28 comprimés
PPV:266DH00

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

MXGS0056
6 118001 130054
CORALAN 7,5 mg - O
Boîte de 28 comprimés
PPV:266DH00



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس

CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 06 Août 2021

Mr AZZABI Khalid

FACTURE N° 01430/2021

Date	Désignation	QT	Montant
06/08/2021	Epreuve d'effort	1	700,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			700,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Sept cents dirhams (700,00 dhs)

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis -
Tél : 05 22 98 75 75 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14

20, Rue de France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 زنقة فرانس فيل - وازيس - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

ID:	2ème ID:	ID Admission:
-----	----------	---------------

DDN:	Taille: 176 Cm	Sexe: Homme
Age: 64 Ans	Poids: 82 Kg	Ethnie: Inconnu

Indications	Médications
-------------	-------------

Médecin traitant:	Site:	Type de Procédur
-------------------	-------	------------------

Signé par:	FMT: 133 bpm 85%	Cause de fin:
Opérateur:	Max HR(%MPHR): 181 bpm 116	Symptôme:

Diagnostic	Notes
------------	-------

Conclusions

EE sur tapis roulant, selon le protocole de Bruce, menée au début du 5 ème palier, à 116% de la FMT soit une capacité fonctionnelle équivalente à 12.1 METs:
Absence de douleur thoracique, absence de sous décalage pathologique du segment ST , absence d'arythmie, absence de troubles de la conduction.
profil tensionnel normal, excellente performance physique.

Au total:
EE supra-maximale négative cliniquement et électriquement

Revu par:

RAPPORT NON CONFIRME

Signé par:

Date:

Dr. ALAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Avenue de l'Indépendance - Casa
Tél: 0522 55 07 06 - Fax: 0522 98 83 35



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 06 Août 2021

Mr AZZABI Khalid

FACTURE N° 01429/2021

Date	Désignation	QT	Montant
06/08/2021	Echogrpahie Cardiaque	1	700,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			700,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Sept cents dirhams (700,00 dhs)

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

CLINIQUE DU COEUR CASA-OASIS

Date **06/08/2021**

Nom **azzabi, khalid**

Diagnostic



X	Non-interprétable	(---	4	Dyskinétique	(4.0)
1	Normal	(1.0)	5	Anévrysmal	(5.0)
2	Hypokinétique	(2.0)	6	Akinétique avec cicatrice	(3.0)
3	Akinétique	(3.0)	7	Dyskinétique avec cicatrice	(4.0)

2D

SIVd	0.8 cm
VGd	4.0 cm
Vol tD (Teich)	71 ml
PPVGd	0.8 cm
ssAo Diam	2.0 cm
Ao Asc	3.0 cm
Ao jonct ST Diam	2.7 cm
Ao sinus Diam	2.9 cm
OG Surf	16.1 cm ²
OD Surf	11.1 cm ²
VGd Long (A4C)	8.0 cm
VG Vol tD (A4C sim)	94 ml
VGs Long (A4C)	6.7 cm
VG Vol tS (A4C sim)	33 ml
FE VG (A4C sim)	64 %
Véjec (A4C sim)	61 ml
VGd Long (A2C)	8.0 cm
VG Vol tD (A2C sim)	55 ml
VGs Long (A2C)	6.7 cm
VG Vol tS (A2C sim)	27 ml
FE VG (A2C sim)	51 %
Véjec (A2C sim)	28 ml
FE (BP)	58 %
VG Vol tD (BP)	

M-Mode

Tapse

2.5 cm

Doppler

VM E Vit	0.95 m/s
VM Tdec	206 ms
VM Pente Déc	4.6 m/s ²
VM A Vit	0.87 m/s
VM E/A Ratio	1.09
E'	0.13 m/s
E/E'	7.46
ssAo Vmax	0.95 m/s
ssAo Vmoy	0.69 m/s
ssAo GDmax	3.58 mmHg
ssAo GDmoy	2.17 mmHg
ssAo Durée	312 ms
ssAo ITV	21.4 cm
FC	79 BPM
VG Véjec (dop)	65 ml
VG Débit Card	5.19 l/min
VA Vmax	1.60 m/s
VA Vmoy	1.20 m/s
VA GDmax	10.21 mmHg
VA GDmoy	6.32 mmHg
VA Durée	282 ms
VA ITV	33.9 cm
FC	94 BPM
VA Surf (Vmax)	1.8 cm ²
VA Surf (ITV)	1.9 cm ²

sim) 72 ml
VG Vol tS (BP
sim) 30 ml

Resultats

- VG non dilaté, non hypertrophié, sans troubles de la cinétique segmentaire ni globale, FEVG= 58 % en Biplan
- absence d'anévrysme absence de thrombus
- OG non dilatée, libre déchos
- Valve Mitrale souple, IM centrale minime, pas de sténose
- VAo tricuspide souple, flux normal, sans fuite ni sténose
- Cavités droites non dilatées, avec une bonne fonction systolique longitudinale du VD
- Pas d'IT enregistrable, pas d'arguments directs ou indirects en faveur d'une hypertension pulmonaire
- Péricarde sec
- VCI non dilatée, compliant
- Aorte initiale de calibre normal

Conclusion

1. Fonction systolique biventriculaire conservée, FEVG= 58 %
- PRVG normales
IM minime
Absence d'hypertension pulmonaire

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France - 93000 OASIS - Casa
Tél: 0522 98 87 06 - Fax: 0522 98 83 25