

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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, actions multiples, parodontologie 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.

Prescription :

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

- 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

M22- 0005154

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12087

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W21-675101

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11087 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAURCHIN WAFIDA

Date de naissance : 06/10/1969

Adresse :

Tél : 0644488169 Total des frais engagés : 1571,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. Maïda ZAHRA

Médecine Interne
Pathologie Infectieuse - Hépatologie
Médecine Tropicale
Maladie Sexuellement Transmissible
86, Boulevard Moulay Driea 1er - SA
Tél : 0202 22 12 23/54

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/10/2022

Nom et prénom du malade : EL MAURCHIN WAFIDA Age :

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

Nature de la maladie : Infection Broncho-pulmonaire aigüe

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 : 02/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/04/2012	5266	90000	Dr. Majida ZAHRAOUI : 09114079	
			Médecine Interne, Pathologie Infectieuse - Hépatologie Médecine Tropicale Maladie Sexuellement Transmissible 20, Boulevard Moulay Priss 1er - CASA Tél : 0522 06 14 06 / 78	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01-02-2012	272,20
	01/04/2012	399,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </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"/>																						

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX
DE PARIS

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES
GERIATRIE
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE
PATHOLOGIES INFECTIEUSES
DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE
NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESITE
MEDECINE DU SPORT



www.zahraouimajida.com

الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني
في كلية الطب بمستشفى باريس
مساعدة سابقة بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية
أمراض الشيخوخة
أمراض الكبد - المنظار الباطني
الأمراض المعدية
دبلوم في طب المناعة من معهد باستور بباريس
طب التغذية وعلاج السمّة - الطب الرياضي

Casablanca, le 01/02/2022 في الدار البيضاء،

NOTE D'HONORAIRE

NOM : M^{me} EL MOUNCHID

PRENOM : HAFIDA

DIAGNOSTIC : Infection Broncho pulmonaire
aigüe

Total : 600,00 DH

+ FCG = 300,00 DH

⇒ Total : 900,00 DH

Pr. Majida ZAHRAOUI
Médecine Interne
Pathologie Infectieuse - Hépatologie
Médecine Tropicale
Médecine Sexuellement Transmissible
Hôpital Moulay Driss 1er - CASA
00 14 08 09

Résidence El Jawahir 86, Bd. Moulay Idriss 1^{er}. Casablanca

رقم الأخضر : 07 62 988 987 - الهاتف : 0522 86 14 08/09/11 - 0522 86 14 08/09/11

Fax : 05 22 86 14 09 - E-mail : zahraouimajida@gmail.com

إقامة الجواهر 86، شارع مولاي إدريس الأول، الدار البيضاء

الفاكس : 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني :

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX
DE PARIS

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES
GERIATRIE
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE
PATHOLOGIES INFECTIEUSES
DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE
NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESE
MEDECINE DU SPORT



www.zahraouimajida.com

الدكتورة مجيدة الزهراوي

مستأدة اختصاصية في الطب الباطني
في كلية الطب بمستشفى باريس
مساعدة سابقة بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية
أمراض الشيخوخة
أمراض الكبد - المنظار الباطني
الأمراض المعدية
دبلوم في طب المناعة من معهد باستور بباريس
طب التغذية وعلاج السمّة - الطب الرياضي

Casablanca, le 01/02/2022 في الدار البيضاء،

NOM ET PRENOM... M^{lle} EL MOUACHEL - HAFIDA

PPV : 79DH70
PER : 11/23
LOT : J3284

1- Plaquenil 200 mg cp (au milieu des repas)

1 cp 2 / j chaque 12h pendant 7jr

➤ (à 08h et à 20h)

2- Azythromycine 500 mg cp (au milieu des repas)

1 cp : le premier jour

½ cp : j2 - j3 - j4 - j5 - j6 - j7

3- Vitamine C 1000 mg cp

1 cp 2 fois par jr pendant 10 jr

4- Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

1 cp 2 fois par jr pendant 10 jr

5- D Cure Forte

1 ampoule en 1 seule prise

6- Cardioaspirine 100 mg

1 cp / j pendant 10 jours

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI
Médecine Interne
Pathologie Infectieuse - Hépatologie
Médecine Tropicale
Maladie Sexuellement Transmissible
Moulay Idriss 1er - CASA
Tél : 05 22 86 14 08 / 09

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFRY
Hay Riha, Rue Banafsaie
51 Bld. Beauséjour - Casablanca
Tél : 05 22 94 99 34 / 05 22 39 34 31
Fax : 05 22 94 99 34

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI
Médecine Interne
Pathologie Infectieuse Hépatologie
Médecin Tropicale
Maladie Sexuellement Transmissible
86, Bd. Mly. Idriss 1er - CASA
Tél : 05.22.86.14.08 / 09

Résidence El Jawahir 86, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, Casablanca

N° Vert : 07 62 988 987 - Tél. : 0522 86 14 08/09/11 0522 86 14 08/09/11 : الهاتف : 07 62 988 987

Fax : 05 22 86 14 09 - E-mail : zahraouimajida@gmail.com

إقامة الجواهر 86 شارع مولاي إدريس الأول الدار البيضاء
v: الفاكس : 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني

بن 100 مل
O بليك
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280
قرص لا يتأثر بحموضة المعدة 30

zinc
15mg
complément alimentaire
Liquide à l'usage oral
Indication: complément alimentaire

Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 11/2024
LOT 100611

Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 12/2023
LOT 0D0515

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

PLAQUENIL® 200 mg, comprimé pelliculé

sulfate d'hydroxychloroquine

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Plaquenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH

SANOFI 

Veillez à lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Si vous n'avez pas lu cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX
DE PARIS

MALADIES DE SYSTÈME - MALADIES RHUMATISMALES
GERIATRIE
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE
PATHOLOGIES INFECTIEUSES
DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE
NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESITE
MEDECINE DU SPORT



www.zahraouimajida.com

الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني
في كلية الطب بمستشفى باريس
مساعدة سابقة بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية
أمراض الشيخوخة
أمراض الكبد - المنظار الباطني
الأمراض المعدية
دبلوم في طب المناعة من معهد باستور بباريس
طب التغذية وعلاج السممة - الطب الرياضي

Casablanca, le 01-02-2022 في الدار البيضاء

Nme: EL Nouchid Hafida

33,60 x2

DECADRON 0,5 MG

4 cp 2 fois par jour pendant 3 jrs

puis 3 cp 2 fois par jour pendant 3 jrs

puis 2 cp 2 fois par jour pendant 2 jrs

puis 1 cp 2 fois par jour pendant 2 jrs

LOVENOX OU NOVEX

injection sous cutanée fois par jour pendant

TAVANIC 500 MG

205/00 1 cp 1 fois par jour pendant 7 jrs

LOT 210157

EXP 01 2024

PPV 33 60

PHARMACIE HIBA
Dr Ahmed GHAFRY
Hay Nahla, rue Benafisale
Hay Nahla, Casablanca
Tél: 0522 86 14 09 / 0522 86 14 09

LOT 210157

EXP 01 2024

PPV 33 60

Pr. Majida Zahraoui
Médecine Interne
Pathologie Infectieuse Hépatologie
Médecin Tropicale
Maladies Sexuellement Transmissibles
86, Bd. Moulay Idriss 1er - CAS
Tél: 05 22 86 14 09

Résidence El Jawahir 86, Bd. Moulay Idriss 1er, Casablanca

إقامة الجواهر 86، شارع مولاي إدريس الأول، الدار البيضاء

الرقم الأخضر: 07 62 988 987 - الهاتف: 07 62 988 987 / 0522 86 14 08 / 09 / 11

الفاكس: 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني: zahraouimajida@gmail.com

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Tavanic® 250 mg comprimé pelliculé
Tavanic® 500 mg comprimé pelliculé
ciprofloxacine

SANOFI 

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Contient cette notice :

Qu'est-ce que Tavanic et dans quels cas est-il utilisé ?

Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Tavanic

Comment prendre Tavanic

Quels sont les effets indésirables éventuels

Comment conserver Tavanic

Contenu de l'emballage et autres informations

QU'EST-CE QUE TAVANIC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Ce médicament s'appelle Tavanic. Il contient une substance active appelée ciprofloxacine. Celle-ci fait partie des médicaments connus sous le nom d'antibiotiques et appartient plus précisément à la famille des quinolones. Elle agit en détruisant les bactéries responsables de certaines infections dans votre organisme.

Tavanic permet de traiter les infections touchant :

- si vous avez une insuffisance cardiaque
- si vous avez eu un infarctus du myocarde
- si vous êtes une femme ou une personne
- si vous prenez d'autres médicaments et modifications anormales de l'ECG (voir médicaments et Tavanic).
- Si vous êtes diabétique.
- Si vous avez des troubles du foie ou en avez
- Si vous souffrez d'une myasthénie (grand

Si vous n'êtes pas certain(e) que l'un des cas ci-dessus vous concerne, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre Tavanic.

Autres médicaments et Tavanic

Si vous prenez ou avez pris récemment d'autres médicaments, ou si vous envisagez d'en prendre, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien, car Tavanic peut modifier l'action des autres médicaments. Inversement, certains médicaments peuvent influencer le mode d'action de Tavanic.

Informez votre médecin en particulier si vous prenez l'un des médicaments ci-après, car le risque d'effets indésirables peut augmenter quand ces médicaments sont utilisés au cours du traitement par Tavanic :

- Les corticoïdes, parfois appelés corticostéroïdes, utilisés pour traiter une inflammation, car le risque d'inflammation et/ou de rupture d'un tendon peut augmenter.
- La warfarine, utilisée pour fluidifier le sang, car la prédisposition aux saignements peut augmenter. Le cas échéant, votre médecin vous prescrira des prises de sang régulières pour contrôler la coagulation sanguine.
- La théophylline, utilisée dans les maladies respiratoires chroniques, car le risque de convulsions est plus élevé en cas de prise en association avec Tavanic.
- Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), utilisés contre la douleur et l'inflammation, tels que l'aspirine, l'ibuprofène, le fenbupène, le kétoprofène et l'indométacine, car le risque de convulsions est plus élevé en cas de prise en association avec Tavanic.
- La ciclosporine, utilisée après une greffe d'organes, car le risque d'effets indésirables liés à la ciclosporine est plus élevé.
- Les médicaments ayant un effet connu sur le rythme cardiaque, c'est-à-dire les produits utilisés dans les troubles du rythme (antiarythmiques tels que la quinidine, l'hydroquinidine, le disopyramide, l'amiodarone,

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Tavanic 500mg, cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH



2022-02-01 13:28:51

6pistes + 1rythme

Hôpital:

ID :

Nom :

Age : 0 Années

Sexe :

T : 0 cm / P : 0 kg

fréq. Cardia.: 76 bpm

PR/RR Int.: 156/789 ms

Durée QRS: 96 ms

QT/QTc: 374/421 ms

Axes P-R-T: 50 2 48

SV1/RV5/R+S: 0.65/1.29/1.94mV

** Résultat de l'analyse ** (A faire confirmer par le cardiologue)

Rythme sinusal normal

Axe normal

[Normal ECG]

Prescrit par:

El Nourchid Hafida

OK

