

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 10773

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENKIRAN Sihem

Date de naissance : 14/11/77

Adresse : AV. BIR KACER VILLA HASNE Souissi RABAT

Tél : 0668 81 59 91

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN TALAL

Age : /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : /

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

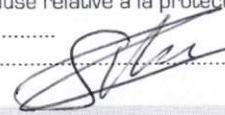
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : RABAT

Le : 08/01/24

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-834433

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مرجع رقم : 610-2-06

صفحة

Page 1 / 2

المرسل إليه

N° d'immatriculation	131990999	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du : 18/12/2023	من :	
au : 18/12/2023	إلى :	

Destinataire

BENJELLOUN TALAL

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استقدمت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BENJELLOUN TALAL											
145044474	31/10/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	18/12/2023	175,00
145044474	31/10/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES PHARMACIES D	275,00	275,00	250,00	1,00	275,00	70,00	18/12/2023	192,50
145044477	20/11/2023	PH	OFFICINES RADIOLOGIE	428,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	18/12/2023	0,00
145044477	20/11/2023	ANG2	ANESTHESIE -REANIMATION	2520,00	1000,00	1,00	2,00	2000,00	70,00	18/12/2023	1400,00
145044478	04/11/2023	CS	ANESTHESIE -REANIMATION	409,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	18/12/2023	105,00
145044475	01/11/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	693,00	693,00	630,00	1,00	693,00	70,00	18/12/2023	485,10
145044475	01/11/2023	PH	PHARMACIES D	131,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	18/12/2023	92,05
145044475	01/11/2023	CSC	OFFICINES CARDIOLOGIE	300,00	159,50	1,00	1,00	159,50	70,00	18/12/2023	111,65
145044475	01/11/2023	R400	CARDIOLOGIE	900,00	450,00	1,00	1,00	450,00	70,00	18/12/2023	315,00
145044475	01/11/2023	H599	CARDIOLOGIE	800,00	400,00	1,00	1,00	400,00	70,00	18/12/2023	280,00
145044525	04/11/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	341,00	341,00	310,00	1,00	341,00	70,00	18/12/2023	238,70
145044525	04/11/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	110,00	110,00	100,00	1,00	110,00	70,00	18/12/2023	77,00
145044525	04/11/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	495,00	495,00	450,00	1,00	495,00	70,00	18/12/2023	346,50
145044525	04/11/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	18/12/2023	175,00
Total remboursé								مجموع مبلغ التعويض			3993,50

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma

www.cnss.ma/Portail/

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمحبب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



**البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري**
Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مراجع رقم : 610-2-06

	Emis à : Le : 19/12/2023	CASABLANCA أصدر ب : بتاريخ : 19/12/2023	Page 2 / 2
--	-----------------------------	---	------------

N° d'immatriculation	131990999	رقم التسجيل	Destinataire
Règlements de la période du : 18/12/2023 au : 18/12/2023		أداءات الفترة من : 18/12/2023 إلى : 18/12/2023	BENJELLOOUN TALAL

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé

Total général remboursé

مبلغ التعويض الاجمالي

3993,50

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :
merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Signature et cachet de l'agent	Signature et cachet de l'agent
Identification de l'agent :	Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :
Signature et cachet de l'agent	Signature et cachet de l'agent

Instructions à suivre

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

Transmettre la feuille de soins par personne et par événement.

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	Feuille de Soins Maladie
موافقة مسبقة *	شنبه *	
Entente préalable *	Exécution *	

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Réf. - 610-1-02

066163550

خاص بالمؤمن له (لها)

Ref. ANAM : 120/01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENJELLOUN TALAL

N° Immatriculation : 1319909999

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint نوح

Enfant ابن

Adresse :

Montant des frais :

2824,50 Dhs

مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

BENJELLOUN TALAL

Date de naissance :

26/02/1970

N° CIN:

AS99443

Sexe :

ذكر M

أنثى F

INPE et code à barres :

INPE : 701699700

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins :

Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	Maternité	<input type="checkbox"/>	Amorce	<input type="checkbox"/>	Accident	<input type="checkbox"/>	Guérison	<input type="checkbox"/>	Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> مرض
-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------	---------	---

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

Fait à : Rassat

Le : 01/01/2013

Le déclare les informations ci-dessus

sincères et véritables.

Fait à : Dr. Aicha AQUAD

Le : 01/01/2013

Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté

Signature de l'assuré(e)

Signature de l'agent

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Radiologue ou Biologiste	
08/11/83	CS + ECG	300,00	Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté de Médecine de Rabat Tél.: 05 27 87 14 15 - GSM : 06 61 27 91	Dr. Aicha AOUAD		
INPE et code à Barres						INPE et code à Barres
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 المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						INPE et code à Barres
INPE et code à Barres						INPE et code à Barres

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						العمليات الإشعاعية والتصوير
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب الإشعاعي أو الإكلينيكي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	Dr. Aicha AOUAD	
01/11/83	ETI		900,00	Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté de Médecine de Rabat Tél.: 05 27 87 14 15 - GSM : 06 61 27 91		
INPE et code à Barres						
09/11/83	B630		693,00	INPE Laboratoire 103000550		
INPE et code à Barres						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis				جدول الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزروعة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلاني وموافق التجهيزات	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
01/11/83	131,50	PHARMACIE DU 16 NOVEMBRE 16 AV. du 16 NOVEMBRE - 103000395	PHARMACIE DU 16 NOVEMBRE Dr. DAIANE ASMA Tél: 0337 67 00 23 - 0337 67 55 69	
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

د. عائشة ع واد

Dr. Aïcha AOUAD

PROFESSEUR EN CARDIOLOGIE



2168

859687
08 2025.

de

abat
s de
LOT
EXP

ité de



Rabat, le

1. أستاذة سابقة بكلية الطب الرباط
2. أخريجة كلية الطب الرباط
3. دبلوم الفحص بالوجبات فوق الحسوبية من
كلية الطب بباريس VI وباريس XII
4. دبلوم الطب الرياضي للفلب والشرايين من
كلية الطب بيوردو

01/11/2023.

Bejjelloune
Talal

131,50

Taup 80
1 cp

PHARMACIE DU 16 NOVEMBRE
Dr. Dr. Aïcha AOUAD
16 Av. du 16 Novembre - Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 14 15 - 0537 67 56 69
Fax: 0537 67 14 15 - 0537 67 56 69
Tél: 0537 67 14 15 - 0537 67 56 69

Dr. Aïcha AOUAD

Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté
de Médecine de Rabat
Tél: 0537 67 14 15 - 0537 67 56 69

Résidence Bellevue, angle rue 16 Novembre - Av. Ibn Sina. 3ème étage

Appart n° 5. Agdal - Rabat (En face de Hammam Al-Fath)

Tél.: 05 37 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 30 - e.mail: aouadaicha@gmail.com

Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté
de Médecine de Rabat
TAL: 05 27 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 31

ICE :001770285000025

FACTURE

RABAT LE : 01/11/2023

- NOM ET PRENOM : BENJELLOUN TALAL
- EXAMEN :
CONSULTATION+ETT+HOLTER TA
- TOTAL A PAYER :2000DH.
- ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA
SOMME DE : DEUX MILLE DIRHAMS.

INDE : 101099786

Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté
de Médecine de Rabat
TAL: 05 27 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 31



ECHOCARDIOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

INFORMATIONS PATIENT

Rabat, le

Nom : BENJELLOUNE Tallal, 53 ans
Date de l'examen : 01/11/2023
Raison de l'examen : Douleur thoracique atypique chez patient fumeur

RESULTATS :

AORTE :

- 3 Sigmoïdes aortiques peu remaniées, sans fuite ni sténose aortique. Flux aortique à 1.1 m/s.
- Aorte initiale : sinus de Valsalva : 37 mm, jonction sino tubulaire : 27 mm, aorte thoracique ascendante : 35 mm,

VENTRICULE GAUCHE :

- VG non dilaté (DTD : 41 mm, mesuré en 2D), non hypertrophié (SIV : 10 mm, PP : 8 mm), avec aspect de faux tendon du VG et bandelette tricuspidale, hyperkinétique, générant un petit gradient médiol VG à 05 m/s, à l'état basal de fonction systolique globale conservée. La FEVG est estimée à 70%.
- Profil de remplissage mitral en faveur de pressions de remplissage normales (E/A : 1, E/Ea : 9).

OREILLETTE GAUCHE :

- Non Dilatée : diamètre antéro postérieur : 37 mm,

VALVE MITRALE :

- Valves mitrales peu remaniées, sans fuite

VALVE TRICUSPIDE :

- Normale. IT minime permettant l'évaluation de la PAPs à 28 mm Hg si POD : 10 mm Hg

CAVITES DROITES :

- Cavités droites non dilatées.
- Veine cave inférieure fine (17 mm) et dépressible

VALVE PULMONAIRE :

- Normale. Flux pulmonaire : 1.1 m/s

PERICARDE :

- Sec

CONCLUSION :

- **VG non dilaté, non hypertrophié, hyperkinétique ; de fonction systolique globale conservée. La FEVG est estimée à 70%**
- **Profil de remplissage mitral en faveur de pressions de remplissage normales**
- **Aorte thoracique de calibre normal. Absence de valvulopathies aortiques**
- **OG non dilatée. Absence de fuite mitrale**
- **Cavités cardiaques droites non dilatées.**
- **Absence d'épanchement péricardique. PAPs non évaluables ce jour.**
- **PAPs estimée à 28 mm Hg**

Dr A. AOUAD Dr. Aïcha AOUAD
Ex. Professeur de Cardiologie à la Faculté
de Médecine de Rabat
Tél.: 05 37 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 30

**IBN-SINA**

Dr M. H. ABDELLATIFI

Dr Said KARIB

مختبر التحاليلات الطبية ابن سينا

Laboratoire d'analyses médicales

Facture 52490

Rabat Le : 09/11/2023

Qualité du Patient :

Analyses effectuées le: 09/11/2023

Nº du PC :

Sur prescription du : Dr AOUAD AICHA

Matricule :

Pour..... : **Mr. BENJELLOUN TALAL**

Code:02G3715

AMO PAYANTS

Code Acte dans la NABM	Acte de Biologie demandé	Cotation B	Coefficient	Prix en DH
B 216	NFS	80	1.10	88.00
B 120	IONOC	160	1.10	176.00
B 135	UREE	30	1.10	33.00
B 111	CREAT	30	1.10	33.00
B 198	GLY	30	1.10	33.00
B 106	CHT	30	1.10	33.00
B 108	HDL	40	1.10	44.00
B 109	LDL	40	1.10	44.00
B 134	TRIGL	60	1.10	66.00
B	TRANS	100	1.10	110.00
B 100	AU	30	1.10	33.00
Total du <>		B630		
Montant en dh		693.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 693.00 DHS

L'AN 39, TÉL. 06 37 18 38/39, FAX : 05 37 68 18 37, CNSS : 6429204 - I.F. : 03332478 - Patente : 25737412 - ICE : 000016535000046
 Laboratoire Ibn Sina, Agdal, Rabat, Maroc. Tous droits réservés. Toute reproduction interdite.



Dr. Aïcha AOUAD
PROFESSEUR EN CARDIOLOGIE

د. عائشة عواد

أستاذة أمراض القلب والشرايين

Rabat, le

02/11/2023

Nom : BENJELLOUN

Prénom : TALAL

Prière de faire :

NFS

Plaquettes

Ionogramme

Glycémie à jeun

Urée

Créatinine

Cholestérol total

HDL

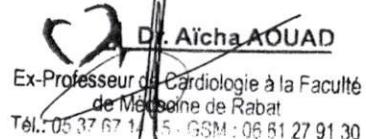
LDL

Triglycérides

Transaminases

Acide urique

Signe :


Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté
de Médecine de Rabat
Tél.: 05 37 67 14 15 - GSM : 06 61 27 91 30



Résidence Bellevue, angle rue 16 Novembre - Av. Ibn Sina. 3ème étage

Appt n° 5. Agdal - Rabat (En face de Hammam Al-Fath)

Tél.: 05 37 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 30 - e.mail: aouadaicha@gmail.com

Dr Aicha AOUAD

Nom:	BENJELLOUN TALAL		ID :	AA
Début du test:	2023/11/01 12:00	Fin du test	2023/11/02 11:00	Durée: 23Heure0Minute

Résumé de la pression artérielle ambulatoire

Durée de l'enregistrement: 23Heure0Minute

Total Mesures réussies: 41

Charge de la Pression Artérielle:

Seuil Systole Jour: 135 mmHg Au-Dessus De Seuil: 0.0%

Seuil Diastole Jour: 85 mmHg Au-Dessus De Seuil: 44.8%

Seuil systole nuit: 120 mmHg Au-Dessus De Seuil: 66.7%

Seuil Diastole nuit: 80 mmHg Au-Dessus De Seuil: 66.7%

Moy

BP Jour	123.1/84.2mmHg	PP Jour	38.9 mmHg	FC Jour	85.2BPM
---------	----------------	---------	-----------	---------	---------

BP Nuit	119.4/80.2mmHg	PP Nuit	39.3 mmHg	FC Nuit	74.6BPM
---------	----------------	---------	-----------	---------	---------

Interprétation

-Enregistrement Holler ecc a
faute d'une HTA
dyslipidique rythmique


Dr. Aicha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté
de Médecine de Rabat
TEL: 05 27 82 18 15 - GSM: 06 61 27 91 30