

# 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

- 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.

197845

M23- N° 0039352

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 .

Société : RAH .

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKIRREDJ LEILA

Date de naissance : 05/04/1958

Adresse : RESIDENCE ANDALOUSSIA IM 43NE1

EA SABLANCA

Tél. : 0660619331

0641727178

Total des frais engagés : 12094,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ATLAR Mustapha  
Cardiologue  
أخصائي أمراض القلب والشرايين  
119, Bd Abdelmoumen  
Tél: 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4  
Urgence: 06 61 06 29 52

Date de consultation : 04 / 03 / 2024

Nom et prénom du malade : SKIRREDJ LEILA Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA dyslipidémie STZ

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

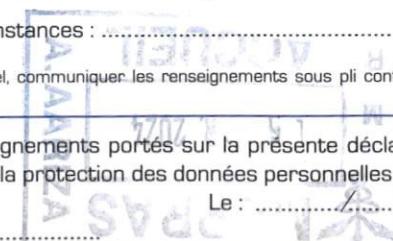
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 1/3/2024

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/03/2024      | C2ECF             |                       | 300.57                          | <p><b>Dr. ATLAB Mustapha</b><br/><b>Cardiologue</b></p> <p>أخصائي أمراض القلب والشرايين<br/>119, Bd Al-Aouaoui<br/>Tél: 05 22 20 94 02 N°4<br/>Fax: 05 81 05 22 52</p> |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
|  | 4/03/24 | 1794.12.92            |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                            | Nature des Soins                 | Coefficient               | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---------------------------|---|----------------------------------|---------------------------|-------------------------|
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
| DEBUT D'EXECUTION         |   |                                  |                           | MONTANTS DES SOINS      |
| FIN D'EXECUTION           |   |                                  |                           |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                                  |                           |                         |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411     | 21433552<br>00000000<br>11433553 | G<br>00000000<br>00000000 |                         |
|                           | D<br>00000000                             | B<br>00000000                    |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
|                           |   |                                  |                           |                         |
| Coefficient DES TRAVAUX   |   |                                  |                           | DATE DU DEVIS           |
| MONTANTS DES SOINS        |   |                                  |                           |                         |
| DATE DE L'EXECUTION       |   |                                  |                           |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Echodoppler Couleur Cardiaque et Vasculaire
- Holter Rythmique et Tensionnel
- Epreuve d'Effort

- الفحص بالصدى للقلب والشرايين
- تحضيط القلب عند بذل الجهد
- تسجيل الضغط الدموي بالهولتير
- الهولتير تحضيط القلب

4 - 3 - 24

Casablanca, le :

Dr SKIAEDD deila

Mihox 2

~~Levethrone 100 1cp + 1/2 cp / i~~

~~108,7 X 7~~

DAVELIS 1 - 1

~~(8) 10 X 6~~

~~Codeneval 5 1 - 1~~

~~46,7 X 2~~

~~Zylopic 100 1-81.~~

~~714,10 X 2~~

~~Crestor 5 mg 1cp 2/4~~

~~924,0~~

~~Sero pex 1cp 1/1~~

~~34,7 X 3~~

~~Apronazot 1cp 1/1~~

~~32,8~~

~~Bendouze 5 1cp + 2/1~~

~~7294,15~~

~~Treatment 3ml~~



ATLAB Mustapha  
Cardiologue  
Anjousi Asrabs  
Bd Abdelmoumen  
Tél: 0522 20 94 02 - 061 06 29 52  
Fax: 0522 20 94 02 - 061 06 29 52  
E-mail: atlab@yahoo.fr

Distribué par: Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne

6 118001 102020

|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 1 CP   |  | MATIN  |
| 1/2 CP |  | A JEUN |

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

Distribué par: Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne

6 118001 102020

|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 1 CP   |  | MATIN  |
| 1/2 CP |  | A JEUN |

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et  
en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج

دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER  
كاردونسيل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace,  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا يستعمل لدى :  
- المرأة العاقلة أو النساء في سن  
الإنجاب دون استعمال وسائل  
منع الحمل الفعالة،  
- المرأة العامل، إلا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي.



Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et  
en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج

دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER  
كاردونسيل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace,  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا يستعمل لدى :  
- المرأة العاقلة أو النساء في سن  
الإنجاب دون استعمال وسائل  
منع الحمل الفعالة،  
- المرأة العامل، إلا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي.



Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et  
en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج

دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردونسيل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace,  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا يستعمل لدى :  
- المرأة العاقلة أو النساء في سن  
الإنجاب دون استعمال وسائل  
منع الحمل الفعالة،  
- المرأة العامل، إلا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي.



Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et  
en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج

دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردونسيل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace,  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا يستعمل لدى :  
- المرأة العاقلة أو النساء في سن  
الإنجاب دون استعمال وسائل  
منع الحمل الفعالة،  
- المرأة العامل، إلا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي.



Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et  
en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج

دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردونسيل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace,  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا يستعمل لدى :  
- المرأة العاقلة أو النساء في سن  
الإنجاب دون استعمال وسائل  
منع الحمل الفعالة،  
- المرأة العامل، إلا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي.



Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et  
en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج

دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER  
كاردونسيل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace,  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا يستعمل لدى :  
- المرأة العاقلة أو النساء في سن  
الإنجاب دون استعمال وسائل  
منع الحمل الفعالة،  
- المرأة العامل، إلا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي.



Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239



RVEL®  
IrbéSartan

28  
comprimés



AFRIC-PHAR

LOT

EXP

**231257**

**05/2026**

**PPV : 108DH70**

**RVEL** 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



RVEL®  
IrbéSartan

28  
comprimés



AFRIC-PHAR

LOT

EXP

**231257**

**05/2026**

**PPV : 108DH70**

**RVEL** 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



RVEL®  
IrbéSartan

28  
comprimés



AFRIC-PHAR

LOT

EXP

**231257**

**05/2026**

**PPV : 108DH70**

**RVEL** 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



RVEL®  
IrbéSartan

28  
comprimés



AFRIC-PHAR

LOT

EXP

**231257**

**05/2026**

**PPV : 108DH70**

**RVEL** 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



RVEL®  
IrbéSartan

28  
comprimés



AFRIC-PHAR

LOT

EXP

**231257**

**05/2026**

**PPV : 108DH70**

**RVEL** 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



IrbéSartan

RVEL®

28  
comprimés



AFRIC-PHAR

LOT

EXP

**231257**

**05/2026**

**PPV : 108DH70**

**RVEL** 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



IrbéSartan

RVEL®

28  
comprimés



AFRIC-PHAR

LOT

EXP

**231257**

**05/2026**

**PPV : 108DH70**

**RVEL** 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907

# BECIDOUZE®

Vitamine B1

Vitamine B6

Vitamine B12



BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 09/2026

LOT 33004 6

زل عن الحرارة والرطوبة

A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS لا يترك في متناول الأطفال



لابروفان  
LAPROPHAN

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، زنقة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

BECIDOUZE®  
20 dragées



6 118000 031192

### **Composition / Formula / Composição:**

Escitalopram / Escitaloprama .....10,00 mg

Sous forme d'oxalate d'escitalopram / Corresponding to escitalopram oxalate / Na forma de oxalato de escitalopram 12,77 mg.

Pour 1 comprimé pelliculé sécable / For one film coated scored tablet / Para um comprimido seccionável revestido por película.

**RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS  
STRICTLY FOLLOW THE PRESCRIBED DOSES**

Uniquement sur ordonnance / Liste I  
For medical prescription only / List I  
يُصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة ا

التركيب: إيسি�تالوبرام 10,00 ملغ - بشكل أوكسالات الإيسি�تالوبرام 12,77 ملغ  
كل قرص مغلف قابل للقطع.

من فضلك أقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال.

اتركه بعيداً عن متناول الأطفال. - يحفظ في حرارة أدنى من 30°م.

Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Conserver à une température inférieure à 30°C.  
Carefully read the leaflet before use.  
Keep out of the reach and sight of children.

**Maphar**

Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

**Seroplex 10mg cp sec b28**  
**P.P.V : 240,00 DH**

  
6 118001 184989

**سيروبليلكس 10 ملغ**

**إيسি�تالوبرام**

28 قرص مغلف قابل للقطع - عن طريق الفم

28 comprimés pelliculés sécables / 28 scored film coated tablets

# **Seroplex® 10 mg**

## **escitalopram**

**Voie orale / Oral route**

**DE N° 07/16A 105/381**



# البرازولام

# براز

0,5  
ملي

28 قرصاً قابلاً للانزلاق  
عن طريق



LOT 390429 1

EXP 08 2026

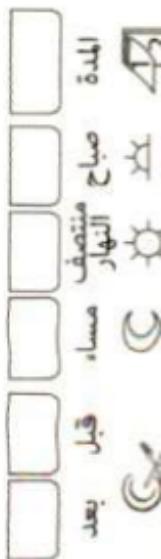
PPV 35 70

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530



سوطيمما  
othema

البرازولام  
Alprazolam

0,5  
مل.



28 قرصاً قابلاً للانزلاق  
عن طريق

LOT 390429 1

EXP 08 2026

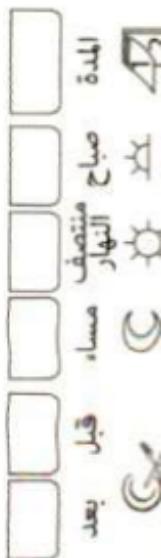
PPV 35 70

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530



سوطيمما  
Sotheimer

البرازولام  
Alprazolam

0,5  
مل.



28 قرصاً قابلاً للانزلاق  
عن طريق

LOT 390429 1

EXP 08 2026

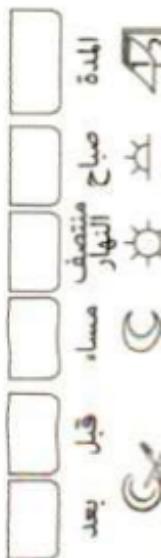
PPV 35 70

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530



سوطيمما  
Sotheimer



**CRESTOR®**

**rosuvastatine**

**5 mg**

Maphar  
Bd Alklimia N° 6, QI  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

**30 comprimés  
pelliculés**

**Voie Orale**

AstraZeneca



**CRESTOR®**

**rosuvastatine**

**5 mg**

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

**30 comprimés  
pelliculés**

**Voie Orale**

AstraZeneca

زيلوريك®  
100 ملغ

ألوبورينول

100 قرصاً

عن طريق الفم

LOT 233495

EXP 11 2027

PPV 43.70 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات الموصوفة

Tableau A (Liste I)

جدول ١ (قائمة I)

Uniquement sur ordonnance.  
لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية.

Ne laisser ni à la vue ni à la portée des enfants.  
يحفظ الدواء بعيداً عن رؤية وتناول الأطفال.

سوطيماس  
SOTHEMA

Fabriqué et distribué par les laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence des laboratoires ASPEN PHARMA TRADING LIMITED

aspfen



ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés  
A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022268

زيلوريك®  
100 ملغ

ألوبورينول

100 قرصاً

عن طريق الفم

LOT 233495  
EXP 11 2027  
PPV 43.70 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات الموصوفة

Tableau A (Liste I)

جدول ١ (قائمة I)

Uniquement sur ordonnance.  
لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية.

Ne laisser ni à la vue ni à la portée des enfants.  
يحفظ الدواء بعيداً عن رؤية وتناول الأطفال.

سوطيماس  
SOTHEMA

Fabriqué et distribué par les laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence des laboratoires ASPEN PHARMA TRADING LIMITED

aspfen



ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés  
A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022268

## Dr ATLAB Mostapha

**ECG**

Nom : skredj leila

Sex :

Age :

Clinique N :

Section :

SN : 0000205

Case No. :

Lit No. :

Date : 04/03/2024 12:53:3



|               |        |               |    |         |
|---------------|--------|---------------|----|---------|
| Fréquence:    | 1000Hz | PR Interval:  | -- | Prompt: |
| Temps d'écha  | 4s     | QT Interval:  | -- |         |
| FC:           | 60bpm  | QTc Interval: | -- |         |
| P Interval:   | --     | P Axis:       | -- |         |
| QRS Interval: | --     | QRS Axis:     | -- |         |
| T Interval:   | --     | T Axis:       | -- |         |

Normal

Dr. ATLAB Mostapha  
Cardiologue  
أختبارات إلكترونica  
Tél: 03 22 20 94 02 - Ver Etage N°4  
E-mail: 06 61 06 23 52

Signature Medecin :