

# 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 3396 Société : RIM

Actif  Pensionné(e)

Autre : ..... Bensidane-Najat

Nom & Prénom : ..... 12-09-60

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 : ..... Pathologie : .....

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° : AA-215 / 2019

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 0036616

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 : .....



## 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 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-720232



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

3394

Société : R.A.M

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENDIDANE Naf

Date de naissance :

12-9-60

Adresse :

Tanger

Télé. :

0661 0847 99

Total des frais engagés :

600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. TAMDY Asmaa

Médecin Cardiologue

115, Rue Sidi Mohamed Ben Abdellah

er Etage Appt. N° 1009 - Tanger

INPE : 18121A2B9 - TAI : 78 20 32 39 06

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Bendidane Naf

Nom et prénom du malade :

11 NOV. 2012

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dyspnée

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 : Tanger

Le : 01/11/2012

Signature de l'adhérent(e) :

B.N

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
01.11.22	Motter		#6 00.00	MP : 164271425
	Temps. I.D.M.H.P			
02.11.22	Contrôle			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

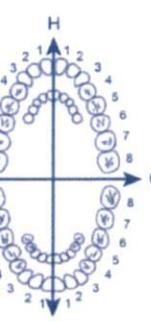
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
	<b>H</b> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>G</b> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. TAMDY Asmaa

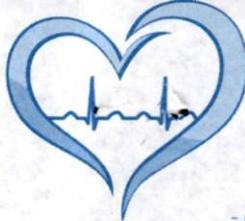
Médecin Spécialiste des Maladies  
Cardiovasculaires - Adultes et enfants

Diplômée de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Rabat

Diplômée en échocardiographie de la faculté  
de médecine de Bordeaux

Ancienne interne du CHU Ibn Sinaa Rabat

Auparavant cardiologue à l'hôpital duc de Tovar Tanger



# الدكتورة تامدي أسماء

طبيبة أخصائية في أمراض القلب

والشرايين - كبار وصغار

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى والمواجات

الفوق صوتية للقلب من كلية الطب بيوردو

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

طبيبة سابقاً في مستشفى دوق دو طوفار بطنجة

Tanger le,

01.11.2022 طنجة في

## Facture

No 001769

Nom & Prénom :

BENDIDANE Mohamed

Date	Nature de l'acte	Coeff	Honoraire
	Holter		#600DH
	Tensionnel		#600DH

Signature

Dr. TAMDY Asmaa  
Médecin Cardiovasculaire  
Adultes et enfants  
Spécialiste des Maladies  
Cardiovasculaires

Total #600 DH



## Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom du patient :	BENDIDANE MOHAMED	Date de test :	01/11/2022
Identité du patient :	1195	Date de naissance :	Sexe : Masculin

### Renseignements patient

Poids : Taille : Race :

Téléphone :

Adresse :

### Antécédents médicaux du patient

### Médicaments actuels

### Diagnostic du médecin

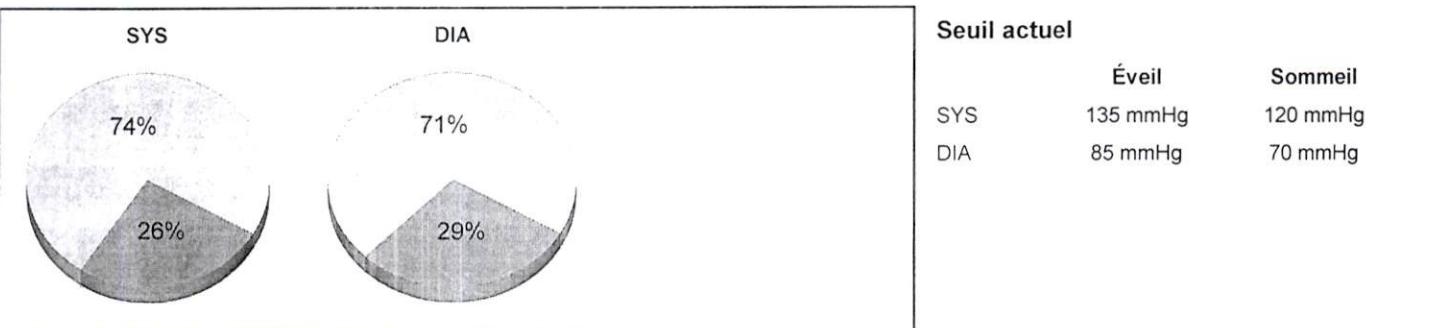
TA EQUILIBREE EN 24 HEURES  
PROFIL DIPPER  
PEU DIPPER POUR LA FC

### Motif du test

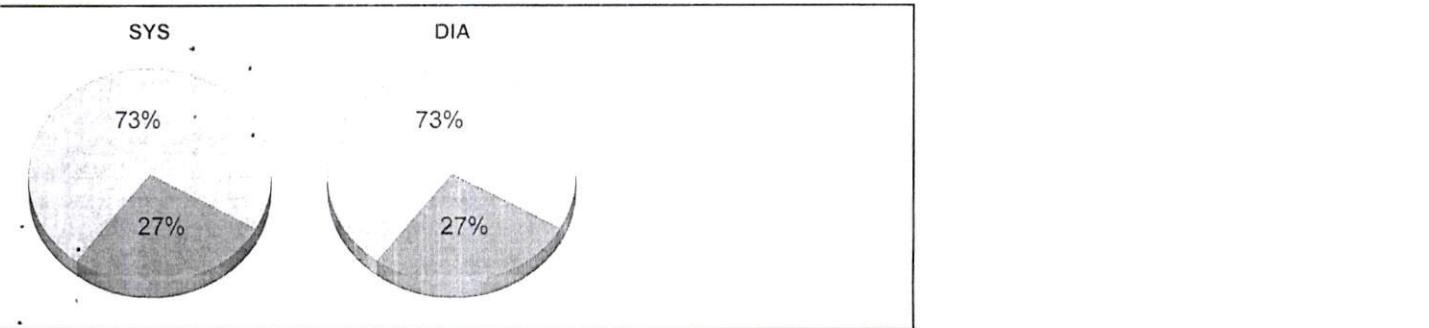
# Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom du patient :	BENDIDANE MOHAMED	Date de test :	01/11/2022
Identité du patient :	1195	Date de naissance :	Sexe : Masculin

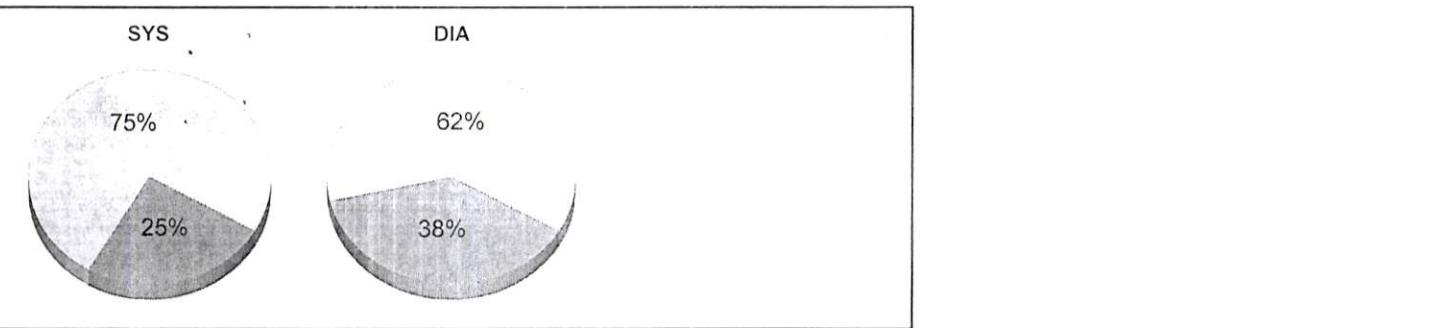
## Globale



## Période d'éveil



## Période de sommeil

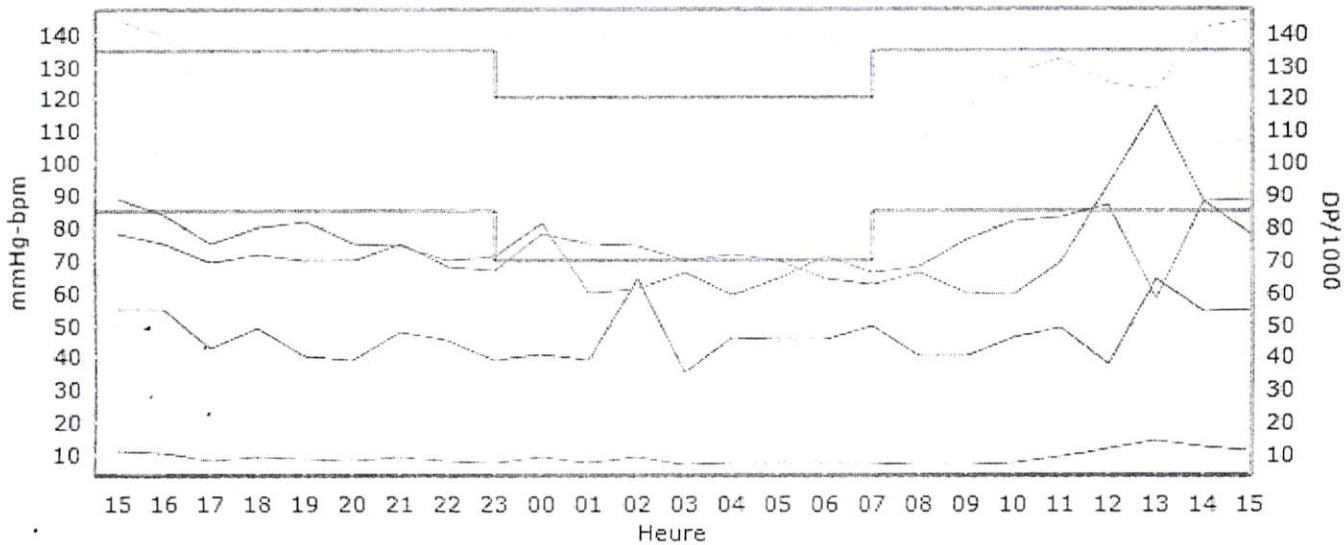


# Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom du patient : BENDIDANE MOHAMED Date de test : 01/11/2022  
 Identité du patient : 1195 Date de naissance : Sexe : Masculin

## Moyennes par heure TAA Oscar 2

Graphique Moyennes par heure  
 Étude PAA = 01/11/2022 15:08:30



## Données moyennes TAA

Heure	#	SYS/DIA (mmHg)	FC (BPM)	PAM (mmHg)	PP (mmHg)	DP/1000
totale	38	122 / 75	74	91	--	--
Éveil	30	125 / 77	74	93	--	--
Sommeil	8	111 / 67	71	81	--	--
15:00 - 15:59	3	144 / 89	78	107	55	11,3
16:00 - 16:59	1	139 / 84	75	102	55	10,4
17:00 - 17:59	1	118 / 75	69	89	43	8,1
18:00 - 18:59	2	128 / 80	72	96	49	9,2
19:00 - 19:59	2	122 / 82	70	96	40	8,5
20:00 - 20:59	2	114 / 75	70	88	39	7,9
21:00 - 21:59	2	122 / 74	75	90	48	9,2
22:00 - 22:59	2	116 / 70	68	86	45	7,9
23:00 - 23:59	1	110 / 71	67	84	39	7,4
0:00 - 0:59	1	122 / 81	78	95	41	9,5
1:00 - 1:59	1	99 / 60	75	73	39	7,4
2:00 - 2:59	1	125 / 61	74	82	64	9,3
3:00 - 3:59	1	101 / 66	70	78	35	7,1
4:00 - 4:59	1	105 / 59	72	74	46	7,6
5:00 - 5:59	1	109 / 64	70	79	45	7,6
6:00 - 6:59	1	116 / 71	64	86	45	7,4
7:00 - 7:59	2	116 / 66	62	83	50	7,2



## Rapport de pression artérielle ambulatoire

<b>Nom du patient :</b>	BENDIDANE MOHAMED			<b>Date de test :</b>	01/11/2022	
<b>Identité du patient :</b>	1195	<b>Date de naissance :</b>		<b>Sexe :</b>	Masculin	

8:00 - 8:59	2	107 / 68	66	81	40	7,1
9:00 - 9:59	2	117 / 76	60	90	40	7,1
10:00 - 10:59	2	128 / 82	59	97	46	7,5
11:00 - 11:59	2	132 / 83	69	99	49	9,1
12:00 - 12:59	1	125 / 87	93	100	38	11,6
13:00 - 13:59	2	123 / 58	118	80	64	14,4
14:00 - 14:59	2	142 / 88	88	106	54	12,6



## Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom du patient :	BENDIDANE MOHAMED	Date de test :	01/11/2022
Identité du patient :	1195	Date de naissance :	Sexe : Masculin

# Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom du patient : BENDIDANE MOHAMED

Date de test : 01/11/2022

Identité du patient : 1195

Date de naissance :

Sexe : Masculin

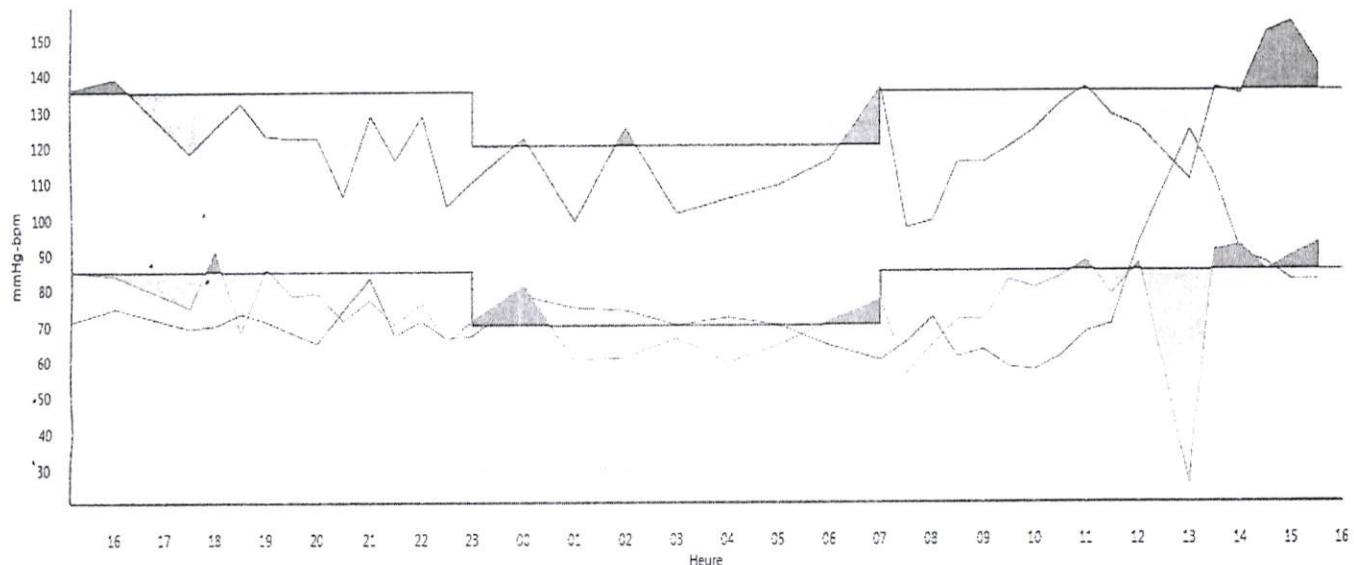
## Synthèse d'interprétation

Conformément aux recommandations ESH et AHA, les données de MAPA suggèrent :

- Optimal pression SYS 24 heures ( 122 mmHg) avec Normal pression DIA 24 heures ( 75 mmHg)
- Optimal pression SYS et DIA éveil (125/77 mmHg)
- Optimal pression SYS sommeil ( 111 mmHg) avec Normal pression DIA sommeil ( 67 mmHg)

1re H max. (142/93 mmHg) et la littérature disponible suggèrent syndrome BB.

Dim. pdt sommeil est 11,3 % SYS et 13,8 % DIA, Fléchissement (normal).



## Résultats PA brachiale

Période	Heure	Échantillons	SYS moyenne mmHg (+/- Dév. Std.)	DIA moyenne mmHg (+/- Dév. Std.)	FC moyenne BPM (+/- Dév. Std.)	Charge de PA Sys (%)	Charge de PA Dia (%)
Globale	15:08-16:00 (24:52)	38	122 (+/-14,2 )	75 (+/-13 )	74 (+/-13,5 )	26	29
Période d'éveil	07:00-23:00	30	125 (+/-13,9 )	77 (+/-13,3 )	74 (+/-15 )	27	27
Période de sommeil	23:00-07:00	8	111 (+/-9,5 )	67 (+/-7,4 )	71 (+/-4,5 )	25	38
Période de « blouse blanche »	15:08-16:07 (1st Hr.)	2				100	0
	Max		139	85	75		
	Moyenne		138	85	73		
Dim. pdt sommeil : SYS = 11,3% DIA =13,8%							

Médecin traitant

Dr.

Médecin  
diagnostiquant

Dr.

Signature

Date

Signature

Date



## Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom du patient :	BENDIDANE MOHAMED	Date de test :	01/11/2022
Identité du patient :	1195	Date de naissance :	Sexe : Masculin