

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036616

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3396 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Benjamine Nay
 Date de naissance : 12-09-60
 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) :

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 :

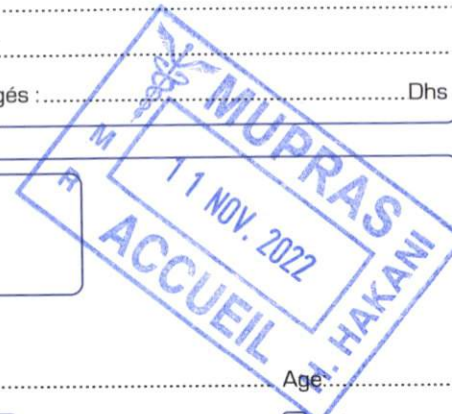
Adresses Mails utiles

- 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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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 - 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

N° W21-720232

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3394 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDIDANE A

Date de naissance : 12-9-60

Adresse : Tanger

Tél. : 0661084799 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. TAMDY Asmaa

Cachet du médecin :

Médecin Cardiologue
119, Rue Sidi Mohamed Ben Abdellah
6ème Etage Appt. N° 1005 - Tanger
INPE : 181214289 - Tél. : 74 24 33 39 05

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bendidine Rohamane Age :

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

Nature de la maladie : Dyspnée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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 : 01/11/22

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
01.11.22	Molter	#6000		INP : 21433553
02.11.22	Contrôle			

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

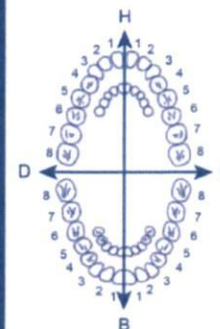
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

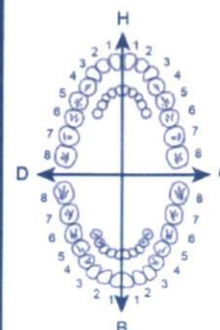
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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 اختصاصية في أمراض القلب
والشرايين - كبار وصغار

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى والموجات
الفوق صوتية للقلب من كلية الطب ببوردو

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

طبيبة سابقا في مستشفى دوق دو طوفار بطنجة

Tanger le, 01 11 2022 طنجة في

Facture

N° 001769

Nom & Prénom

BENDIDANE Mohamed

Date

Nature de l'acte

Coeff

Honoraire

Holter

Tensionnel

#6000DH

Signature

Dr. TAMDY Asmaa
Médecin cardiologue
115, Rue sidi mouhamed ben abdellah 1^{er} étage App. N° 5, (en face café Gelateria) Iberia - Tanger
Tél: 05 39 33 24 74 - 05 39 33 24 75

Total #6000DH



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

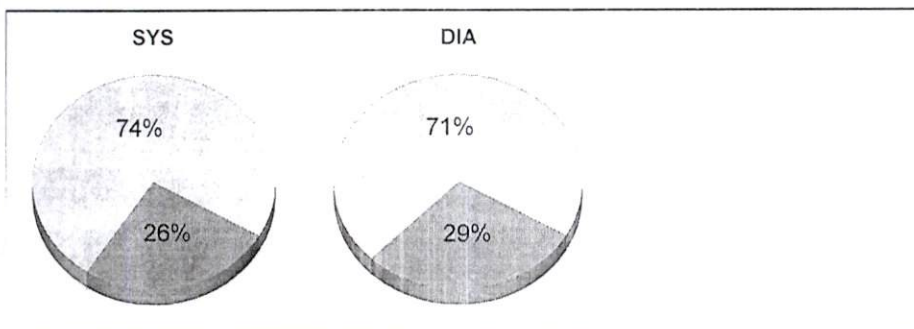
TA EQUILIBREE EN 24 HEURES
PROFIL DIPPER
PEU DIPPER POUR LA FC

Motif du test

HTA. B308.

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

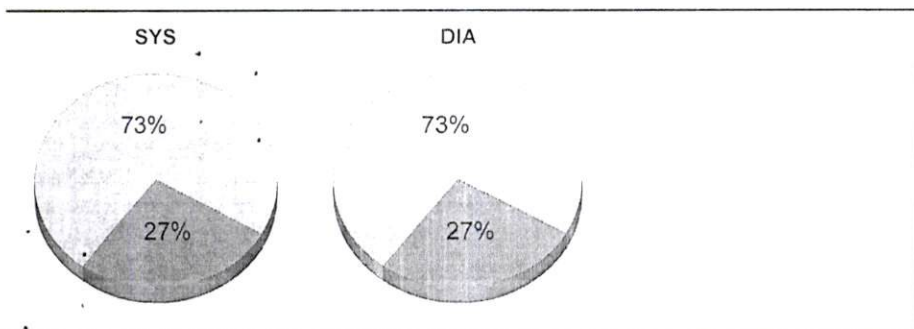
Globale



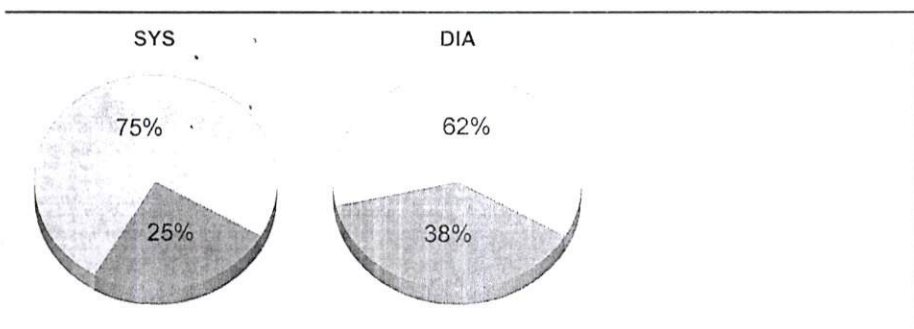
Seuil actuel

	Éveil	Sommeil
SYS	135 mmHg	120 mmHg
DIA	85 mmHg	70 mmHg

Période d'éveil



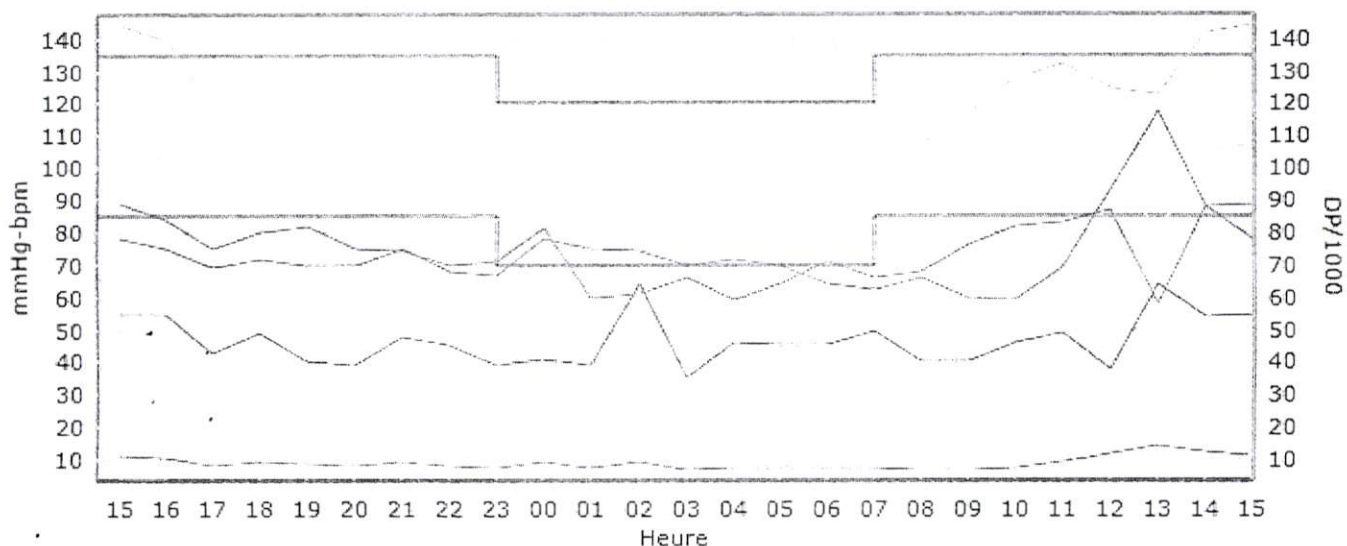
Période de sommeil



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

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

Nom du patient : BENDIDANE MOHAMED

Date de test : 01/11/2022

Identité du patient : 1195

Date de naissance :

Sexe : Masculin

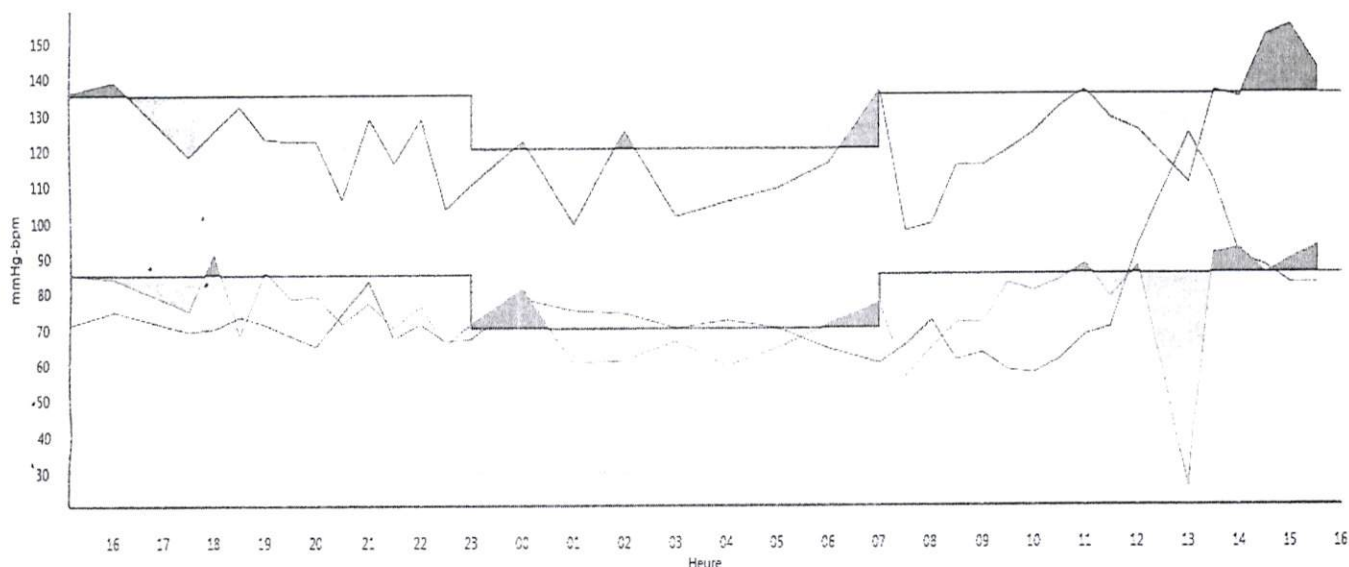
Synthèse d'interprétation

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 « blousage 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