

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 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 070548

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8364

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : A. BOURAKBI

Date de naissance : 22/12/1960

Adresse :

Tél : 0613978815

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 :

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

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 un 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 un 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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير،...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO
Identification de l'agent : _____ Date de dépôt du dossier : _____	Date d'arrivée : _____

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) *

خاص بالمؤمن له (لها) Nom et prénom : BEN BADIS ABDELJALIL N° Immatriculation : 113183171212131 N° CIN : B15750 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن Adresse : Rue Labenne avec appartement n° 1 à Racine Casablanca Montant des frais : Dhs. Nombre de pièces jointes :	الاسم العائلي و الشخصي: رقم التسجيل: رقم بطاقة التعريف الوطنية: علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) * العنوان: مبلغ المصاريف: عدد الوثائق المرفقة:
--	---

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins Nom et prénom : BEN BADIS ABDELJALIL Date de naissance : N° CIN : Sexe : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى INPE et code à barres **	تاريخ الميلاد: رقم بطاقة التعريف الوطنية: الجنس:
--	--

Médecin traitant الطبيب المعالج INPE et code à barres **	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
--	--

Type de soins Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N° dossier ALD : Code ALD : Maladie * <input type="checkbox"/> مرض *	نوع العلاجات قبول المرض المزمن * رقم ملف المرض المزمن : رمز المرض المزمن : Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *
--	---

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : 12/12/2012 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : 12/12/2012 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	--

* Cocher la mention utile pour chaque case
 ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des établissements de soins) sur la feuille de soins.
 080 200 7200 / 080 203 3333 - 2186 - دار البيضاء المحطة - الهاتف
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca D.P. : 2186 Casablanca

[illegible][illegible]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie								عمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes		معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM		المبلغ المفوتر Montant facturé		توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
20922				B3230	L353,	20		LABORATOIRE D'ANALYSE TAZI CHIMIE ET BIOLOGIS OTODISTES D'Algérie - Casablanca Tél : 78-26 08 - 0522 29 ou 86
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _								
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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220617286350219	Emis à Casablanca le : 0000	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة	BENBADIS ABDELJALIL 01 RUE BAB ENNASSER RES AYA ETG 01 APT 01 RACINE CASABLANCA 2000	
	N° d'immatriculation : 138372223 Règlement du mois : 06/2022 Mode de paiement : Virement		
Informations : معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
BENBADIS ABDELJALIL										
089038710	12/04/2022	CG	MR BOUZIANE ABDELHAK	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
089038710	12/04/2022	B	LABORATOIRE TAZI	4 353,20	1,10	230,00	1,00	3 553,00	97	3 446,41
089038709	31/05/2022	CS	MR ELYOUNSI MUSTAPHA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	97	145,50
Total remboursé pour ABDELJALIL										3 591,91
Total général remboursé										3 591,91

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246

093001246

T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 17 mai 2022

Monsieur BEN BADIS ABDELJALIL

FACTURE N° 343614

Analyses :

Hémato : Numération formule plaquettes -----	B	80	
Chimie : Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Chimie : Bilirubines Totale, libre et co -----	B	70	
Chimie : Créatinine -----	B	30	
Chimie : Transaminases -----	B	100	
Chimie : Phosphatases alcalines -----	B	50	
Chimie : Gamma -G.T. -----	B	50	
Chimie : Protéine C réactive -----	B	100	
Hépatite B : Ag HbS -----	B	120	
Hépatite B : Ac antiHbS -----	B	250	
Hépatite B : Ac anti HbC totaux -----	B	250	
Hépatite B : ADN / Quantification (PCR -----	B	650	
Hépatite D : Recherche ARN Hépatite Delt -----	B	900	
Hormono : Testostérone -----	B	300	
Médicament : Tacrolimus = Prograf -----	B	250	Total : B 3230

Prélèvements :

Sang----- Pc | 1,5 |

TOTAL DOSSIER

4 353,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Mille Trois Cent Cinquante Trois Dirhams et Vingt Centimes

LABORATOIRE TAZI
ANALYSES MEDICALES
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39
Fax: 0522 29 64 86



Biologiste Responsable : Sylvie Cado
Biologistes Médicaux

H. Belaoui
L. Verdume
J-M. Costa
M-M. Coude
S. Serero

A. Ganon
S. Haim-Boukoba
P. Kleinfinger
I. Lacroix
L. Lohmann

A. Valeri
S. Samaan
S. Schmit
S. Trombert
D. Trost (Biologiste Généticien)

M. Roussel
M. Perret
B. Roquebert
M. Valduga
S. Defasque

A. Amara Petitjean
I. Lanois
F. Floch
S. Mehral Sedkaoui
S. Malard

G /w 994-101 /s 994-101

BEN BADIS

ABDELJALIL

Né(e) le 21.10.1950

Sexe : M

Dossier n° : **22T0664114**

LABM M TAZI

SIDI BELYOTT 78 RUE D'ALGER

20000 CASABLANCA

MAROC

Transmis par LABM M. TAZI

Vos références : INMA1290181 / 22E591

04074

Enregistré le : 18.05.2022

Edité le :

19.05.2022

Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire

RENSEIGNEMENTS THERAPEUTIQUES : posologie, date et heure dernière prise

Renseignements non communiqués: la méconnaissance des informations relatives à la posologie et à l'heure de dernière prise d'un médicament peut conduire à une interprétation erronée du résultat du dosage.

• TACROLIMUS (RF-MSMS)

Prélèvement : 17.05.2022 Sang 10h 00

8,6 ng/ml

(20.08.21 : 4,2)

Les valeurs de référence conseillées pour un taux résiduel (juste avant une nouvelle prise) :

- 10 à 15 ng/ml entre J0 et J42

- 5 à 10 ng/ml après la 6ème semaine

- Risque toxique pour des concentrations > 20 ng/ml.

L'interprétation de ces valeurs doit tenir compte également du type de greffe et du traitement associé.

Stéphanie Malard (01 34 40 20 20)

Compte rendu complet

Conformément à la réglementation applicable, une fois vos analyses réalisées, les résidus de vos prélèvements seront éliminés. Néanmoins, sauf opposition de votre part, ces résidus pourront être conservés afin d'être utilisés à des fins de recherches scientifiques ou de contrôles qualité, directement ou après transfert à des tiers, dans le strict respect du secret médical. Vous pouvez vous opposer à une telle utilisation, sur simple demande, formulée auprès de notre RPD (cf coordonnées au verso).
Se reporter au verso ou à la dernière page pour les conditions de traitement des données personnelles du patient.

SELAFA CERBA - 7/11 rue de l'Equerre - Parc d'activités "Les Béthunes" - 95310 Saint Ouen l'Aumône - France - ENREGISTREMENT N°95.9 - Tel : 01 34 40 20 20 - FAX : 01 34 40 21 29
SRC@lab-cerba.com - www.lab-cerba.com

utilisation, sur simple demande, formulée auprès de notre RPD (cf coordonnées au verso)
Se reporter au verso ou à la dernière page pour les conditions de traitement des données personnelles du patient.

SELAFA CERBA - 7/11 rue de l'Equerre - Parc d'activités "Les Béthunes" - 95310 Saint Ouen l'Aumône - France - ENREGISTREMENT N°95.9 - Tel : 01 34 40 20 20 - FAX : 01 34 40 21 29
SRC@lab-cerba.com - www.lab-cerba.com

Docteur Abdelhak BOUZIANE

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Diplômé de l'Université d'Angers

Endoscopie Digestive
Echographie Abdominale
Proctologie
Ex attaché à l'hôpital Universitaire
d'Angers (France)

الدكتور عبد الحق بوزيان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
خريج جامعة أنجي بفرنسا

الكشف بالأشعة الداخلي
التشخيص بالأمواج الصوتية
طبيب ملحق سابقا بالمستشفى
الجامعي أنجي (فرنسا)

Casablanca, le الدار البيضاء في

12 avril 22

NOM et Prénom : MR BENBADIS ABDELJALIL

- ☐ Taux résiduel de Tacrolimus
- ☐ PCR HBV quantitative
- ☐ PCR HDV qualitative
- ☐ Ag Hbs, Ac ANTI HBV
- ☐ GAJ
- ☐ NFS, CRP
- ☐ ALAT, ASAT, GGT, PAL, Bilirubine totale
- ☐ Créatinine
- ☐ TESTOSTERONE.

LABORATOIRE TAZI
TAZI MOHAMMED
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 28 28 08 - 0522 29 64 86

دكتور عبد الحق بوزيان
283 شارع محمد الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 94 32 32 / 33
283, Bd. Mohamed Zerkouni - Casablanca - Tél.: 0522 94 32 32 / 33
E-mail: dr.bouzianeabdelhak8@gmail.com
Ice 001751858000041

283 شارع محمد الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 94 32 32 / 33
283, Bd. Mohamed Zerkouni - Casablanca - Tél.: 0522 94 32 32 / 33
E-mail : dr.bouzianeabdelhak8@gmail.com
Ice 001751858000041