

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

- 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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed El-Bachir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (6 lignes) - Fax : 05 22 20 45 46 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-600492

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (à remplir) :

Matricule : 11178 Société : 227 54500

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouhele ALI

Date de naissance : 12.09.68

Adresse : 21, Bd Abdelkader de Kachbun, Casablanca

Tél. : 066278440 Total des frais engagés : 3001,95 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : []

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GARDONNE SALWA

Age :

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

Nature de la maladie : Néphrose chronique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1 / 1

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-600492

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

À conserver par l'adhérent(e)

Matricule : 11178

Nom de l'adhérent(e) : Bouhele ALI

Total des frais engagés : 3001,95

Date de dépôt :

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 Praticien des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	---

08/11/2020 Complémentaire dentaire 9,195

07/12/2020 Complémentaire dentaire 2,090
chambre implantaire

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez 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		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D	00000000	G	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



F A C T U R E

N° : 12498 / 2020 du 23/12/2020

Nom patient **GANNOUNE SALWA**

Prise en charge **CNSS**

ICE : 001757364000086

Adresse : 1 PLACE DAKAR ROND POINT CHIMICOLOR-CASA

Entrée 08/12/2020

Sortie 08/12/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT CHIMIOThERAPIE / JOUR	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
PHARMACIE	1,00		2 006,50	2 006,50
			Sous-Total	2 006,50
Total Clinique				3 006,50

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE SIX DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES

Total		3 006,50
Immatriculation : 158572340	Adhérent : GANNOUNE SALWA	
Affiliation :	N° prise en charge : 998091512	
Cin : BK99929		
Part organisme		2 104,55
Part patient		901,95

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriyad.com
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 85879

Ryad Oncologia Clinic

ANNEXE PHARMACIE



مصحة
الرياض للأونكولوجيا

Nom patient : GIAN SOUHEIL SALWA

N° Facture

12 498

2011241312261C-002

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CHEMOSET 8MG COMPRIM (10)	1	236,00	236,00
CYCLOMIDE 1 G INJECTA (01)	1	51,50	51,50
EPIDUBICINE MYLA 10 mg INJECTA (01)	17	46,50	790,50
OMEPRAZOL NORMON 40 mg INJECTA (01)	1	29,90	29,90
ONDANSETRON GT 8MG/4ML INJECTA (01)	1	58,60	58,60
ZARZIO 30MUI/0,5 INJECTA (05)	1	840,00	840,00
Sous-Total médicaments			2 006,50
Total pharmacie			2 006,50

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriyad.ma
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 858

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriyad.ma
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 858



الدار البيضاء، في 08/12/2020

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
N 15, ALLÉE DU PERSÉE
QRT HOPITAUX EXTENSION
20000 CASABLANCA



Réf: N° d'immatriculation 185572333

Nom et prénom de l'assuré: CANNOUNE SALWA
R3304

Objet: Attestation de prise en charge

الموضوع: شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
998091512 reçu le 07/12/2020, nous vous faisons
part de notre accord de prise en charge.

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998091512
والذي وافيتمونا به بتاريخ 07/12/2020 نطالعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire

CANNOUNE SALWA

المستفيد

L'établissement

090001261

المؤسسة العلاجية

Le montant

2947,00Dhs

المبلغ

La validité de prise en charge

du 07/12/2020 au 07/01/2021

صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de
remboursement à destination de l'organisme chargé du
délai n'excédant pas 30 jours à compter de la date de
sortie du patient de votre établissement et ce, pour
vous permettre de bénéficier du règlement des frais
d'hospitalisation selon les conditions et modalités
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي
يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des
soins dans les délais convenus rend la présente
attestation sans effet.

كما ننير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل
الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos saluts et nos distingués sentiments.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المستنيرة والتحمل

Service Prévention Prévention et Prise en Charge

S/R: CRH

S/R: DÉTAIL PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

S/R:

S/R:



TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° 12 498 / 2020 du 23/12/2020

Nom patient : GANNOUNE SALWA

Entrée 08/12/2020

Prise en charge CNSS

Sortie 08/12/2020

N° prise en charge 998091512

Total ticket modérateur

901,95

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
See the doctor
Q. des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél: 0522 86 27 00 / 86 25 31

Professeur A. ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI

Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca

Tél. : 05 22 86 27 00 (LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriyad.com

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

N° 15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522 86 27 00 / 86 25 31 - Fax: 0522 86 25 56 - GSM: 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26 - C.N.S.S : 8587919

TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027



F A C T U R E

N° : 12516 / 2020 du 24/12/2020

Nom patient **GANNOUNE SALWA**

Entrée 07/12/2020

Prise en charge **CNSS**

Sortie 07/12/2020

ICE : 001757364000086 Adresse : 1 PLACE DAKAR ROND POINT CHIMICOLOR-CASA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
POSE & ABLATION CHAMBRE IMPLANTABLE	1,00		7 000,00	7 000,00
			Sous-Total	7 000,00
Total Clinique				7 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT MILLE DIRHAMS

Total 7 000,00

Immatriculation : 158572340 Adhérent : GANNOUNE SALWA
Affiliation : N° prise en charge : 998091510
Cin : BK99929

Part organisme 4 900,00
Part patient 2 100,00

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
N° 4
des Hôp
0522 86 25 56
Casablanca
Fax: 0522 86 25 56

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriad.ma
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 85879



-001

CNSS

998091510

AMO

Casablanca, le 08/12/2020 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
 N° 15, ALLÉE DU PERSÉE
 QRT HOPITAUX EXTENSION
 20000 CASABLANCA

Réf : N° d'immatriculation 158572340
 Nom et prénom de l'assuré : GANNOUNE SALWA
 R3988
 Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
 998091510 , reçu le 07/12/2020 nous vous faisons
 part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998091510
 والذي وافقتمونا به بتاريخ 07/12/2020 نطلعكم على
 موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire
 L'établissement
 Le montant
 La validité de prise en charge

GANNOUNE SALWA
 090061201
 4900,00Dhs
 du 07/12/2020 au 06/01/2021

المستفيد
 المؤسسة العلاجية
 المبلغ
 صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de
 remboursement à déposer impérativement dans un
 délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de
 sortie du patient de votre établissement et ce, pour
 vous permettre de bénéficier du règlement des frais
 d'hospitalisation selon les conditions et modalités
 fixées par votre règlement interne.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه
 في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من
 مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع
 مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي
 يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des
 soins dans les délais sus mentionnés rend la présente
 attestation sans effet.

كما نشير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل
 الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
 صلاحيتها

Jeuillez agréer, Madame Monsieur l'expression de
 nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة والتحمل
 Service Éléments Préable et Prise en Charge

R: CRO
 R:
 R:
 R:



TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° 12 516 / 2020 du 24/12/2020

Nom patient : GANNOUNE SALWA

Entrée 07/12/2020

Prise en charge CNSS

Sortie 07/12/2020

N° prise en charge 998091510

Total ticket modérateur

2 100,00

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieryad.com
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
ICE: 001741149000027 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / TP: 37990430

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI

Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieryad.com
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
ICE: 001741149000027 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / TP: 37990430