

## 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

- 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.

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° W19-580875

94208

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 51718 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TEMSAMANI Med Carbi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0673734797 Total des frais engagés : 2507,25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr BENCHAKROUN Zaidi  
Onco-Radiothérapeute  
N° 091076427

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Née du pour

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 : 25/11/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
29/10/2021	CS	6		INF: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] INP N° 091026467
11/11/2021	ca plan + chimiothérapie	1281	1281	277 LOGIA CLINIC

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/21	58.40
	29/10/21	1167.00

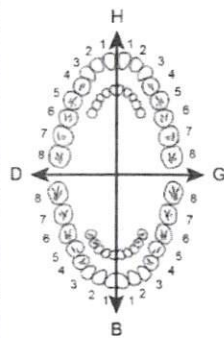
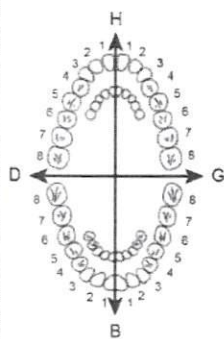
[illegible][illegible]

# 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 : <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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



29/10/2021

**Pr. A. Acharki**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**

Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**

Onco-Radiothérapeute

Tem saallane, Mohamed

295,00

Tem saallane, Bouf  
de bouf

872,00

Temend, Bouf

1cp 1h avant

1167,00

Dr. BENCHAKROUN Nadia  
Onco-Radiothérapeute  
INP N° 091026427

Pharmacie AL BOUDOUR  
115, Rue Sebta Qu. des Hôpitaux, Casa  
pharmaciealboudourcas@gmail.com  
Tél: 0522 86 04 67 - F: 86 54 37  
Fax: 0522 86 04 67 - F: 40464164  
RC: 252331-ICE: 001448477000066  
INP: 092004357





TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° 14 184 / 2021 du 11/11/2021

Nom patient : TEMSAMANI MOHAMMED

Entrée 01/11/2021

Prise en charge CNSS

Sortie 01/11/2021

N° prise en charge 998273674

Total ticket modérateur

1 281,85

Professeur A.ACHARKI  
Onco-RadiothérapeuteDocteur H. EL BOUSSAIRI  
Onco-RadiothérapeuteDocteur 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.com

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

N° 15 Rue Allée du Persée / Tél: 05 22 86 27 00 (143) / GSM: 0661 99 67 26 / Fax: 05 22 86 25 56 / 40229787 - C.N.S.S : 8587919

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



Casablanca, le 02/11/2021 في الدار البيضاء، في

CNSS

998273674

AMO

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

RYAD ONCOLOGIA CLINIC  
N 15  
QRT HOPITAUX EXTENSION  
20000 CASABLANCA

Réf : N° d'immatriculation 192216516

Nom et prénom de l'assuré : TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI  
R3357

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro  
998273674 , reçu le 01/11/2021, nous vous faisons  
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998273674  
والذي وافيتمونا به بتاريخ 01/11/2021 نطلعكم على  
موافقتنا بخصوص

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

TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI  
090061201  
25230,67Dhs  
du 01/11/2021 au 30/11/2021

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 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 sus mentionnés rend la présente  
attestation sans effet.

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

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

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل  
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: CRH  
S/R: DETAIL PHARMACIE SR LMR  
S/R:  
S/R:



## F A C T U R E

N° : 14184 / 2021 du 11/11/2021

Nom patient **TEMSAMANI MOHAMMED**

Entrée 01/11/2021

Prise en charge **CNSS**

Sortie 01/11/2021

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

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		24 637,00	24 637,00
			Sous-Total	24 637,00
Total Clinique				25 637,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

VINGT-CINQ MILLE SIX CENT TRENTE-SEPT DIRHAMS

Total 25 637,00

Immatriculation : 192216516

Adhérent :

Affiliation :

N° prise en charge : 998273674

Cin : B527925

Part organisme 24 355,15

Part patient 1 281,85

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

RYAD ONCOLOGIA CLINIC  
SCE  
Extension Casablanca  
N° 15 Allée du Persée  
Tél: 05 22 86 27 00 / Fax: 05 22 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.com

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

ICE : 001741149000027 / TPE : 37990430 / C.N.S.S : 8587919

TEP : 37990430 / IE : 40229787 / CNSS : 8587919 / ICE : 001741149000027





Nom patient : TEMSAMANI MOHAMMED

N° Facture

14 184

211022125724SU-003

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUCARB 450MG INJECTA (01)	1	602,00	602,00
ANTAGON H2 200 MG INJECTA (10)	1	35,60	35,60
ONSET 8 MG COMPRIM (10)	10	21,40	214,00
ONSET 8 MG INJECTA (01)	1	56,40	56,40
PACLITAXEL MYLAN 100mg/16, INJECTA (01)	3	547,00	1 641,00
YPEVA 100 mg INJECTA (01)	1	2 582,00	2 582,00
YPEVA 400 mg INJECTA (01)	2	9 333,00	18 666,00
ZARZIO 30MUI/0,5 INJECTA (05)	1	840,00	840,00
Sous-Total médicaments			24 637,00
Total pharmacie			24 637,00

RYAD ONCOLOGIA CLINIC  
15, Allée du Persée  
Extension Casablanca  
Tél: 05 22 86 27 00 / Fax: 05 22 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.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 : 8587919

## D E V I S

Date 29/10/2021  
N° : 211029170006IH

Nom patient : **TEMSAMANI MOHAMMED**

Prise en charge : **CNSS**

Traitements **CHIMIOThERAPIE AMBULATOIRE**

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT CHIMIOThERAPIE / JOUR	1		1 000,00	1 000,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 000,00</b>
MEDICAMENTS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SOLU MEDROL 40 MG INJECTA (01)	3		15,20	45,60
ONSET 8 MG INJECTA (01)	1		56,40	56,40
ONSET 8 MG COMPRIM (10)	1		214,00	214,00
ANTAGON H2 200 MG INJECTA (10)	1		35,60	35,60
PACLITAXEL COOPE 100 MG SOL PER (01)	3		839,00	2 517,00
ACUCARB 450MG INJECTA (01)	1		602,00	602,00
YPEVA 400 mg INJECTA (01)	2		9 333,00	18 666,00
YPEVA 100 mg INJECTA (01)	1		2 582,00	2 582,00
ZARZIO 30MUI/0,5 INJECTA (05)	1		840,00	840,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>25 558,60</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :

**Total devis**

**26 558,60**

VINGT-SIX MILLE CINQ CENT CINQUANTE-HUIT DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES

**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.com

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM: 066199677 / Fax: 0522862556  
TP: 37990430 / IF: 40229787 / N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM: 066199677 / Fax: 0522862556  
TP: 37990430 / IF: 40229787 - C.N.S.S : 8587919

O. Acharki  
 Docteur en Oncologie  
 N° 15 Allée du Persée  
 Quartier des Hôpitaux Extension  
 Casablanca  
 Tél: 05 22 86 27 00 (LG)  
 Fax: 05 22 86 25 56  
 www.oncologieriad.com