

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.

N° W19-580875

g4208

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 2713		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	TEMSAMAN
Nom & Prénom : M. MED Larbi			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tel. : 0673734797		Total des frais engagés : 2507,25 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Néoplasme			
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 : 25/11/2021

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
20110101	CS	6	INP N° 091026471	INP N° 091026471

1111124 complement chin 8/26 1981 85

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Datchet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/11/21	53.40
	29/10/21	116.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODD.

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11423553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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



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

Temsallane Nidhaoui

AS

0522004357

295,00

Fluosalme Baum
de la baie

872,00 Iba le

AS

AS

Acoplant au

1167,00

DR. BENCHAKROUN Nadia
Onco-Radiothérapeute
INP N° 091026427

PHARMACIE AL BOUDOUR CASABLANCA
115, Rue Sebta Qu des hôpitaux, Casablanca
pharmaciealboudourcasab@gmail.com
Tel.: 0522 86 04 67 - F: 40464164
Fax: 0522 86 04 67 - ICE: 0014847000066
RC: 252331-ICE 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-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (141) / GSM: 0661996767 / Tél: 3790022862556 : 40229787 - C.N.S.S : 8587919
TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027

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.oncologiyad.com

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

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



الدار البيضاء، في 02/11/2021

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,

سيدي، سيدتي

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 وافيتونا 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 نشير انتباهم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الأجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

وتفضلا سيدي، سيدتي، 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
			<i>Sous-Total</i>	1 000,00
PHARMACIE	1,00		24 637,00	24 637,00
Total Clinique				25 637,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	25 637,00
VINGT-CINQ MILLE SIX CENT TRENTÉ-SEPT DIRHAMS		
Immatriculation : 192216516	Part organisme	24 355,15
Affiliation : Cin : B527925	Part patient	1 281,85

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB



Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI

Onco-Radiothérapeute N°15 Rue Allée du Persée / Tel: 0522882700114000 GSM: 05228827061096379904302865540229787 - C.N.S.S : 8587919
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
TD: 27990430 / JE: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027

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.oncologiyad.com

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

**Ryad
Oncologia Clinic**

Nom patient : TEMSAMANI MOHAMMED



N° Facture 14 184

مصحة
الرياض للأنكروجيا

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

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.oncologiyad.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

RYAD ONCOLOGY CLINIC
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(Fax : 05 22 86 25 56)
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
Sous-Total				1 000,00
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
Sous-Total				25 558,60

Arrêté le présent devis à la somme de :

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

Total devis

26 558,60

Ryad Oncologia Clinic
 Casablanca Extension - Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux
 Tél. : 05 22 86 27 00 (LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologiyad.com

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.oncologiyad.com

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM: 0681996777 / Fax: 0522862556
TP: 37990430 / IF: 402297870018418589000027 / 0014147000027 / T.F: 37990430 - I.F.: 40229787 - C.N.S.S : 8587919