

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Radioologie 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.

## Antique:

- Correspondance du médicin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

#### **Réductions**

- 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.

Banting

- 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.
  - Le radiographie des soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

#### **Maladie et Affection | Enseignement Durée AIP et AIC**

- 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N<sup>o</sup> W21-668158

16914

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Tensamani Ned Larbi
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	9/03/1952		
Adresse :			
Tél. :	1344,48		
		Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-31E/2018

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) :

vol 8

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
29/03/2022 complément chimiothérapie			1344,48	INP : _____ Pr BENCHAMARDOU Onco-Radiologie N° 19-026421
				<b>RYAD ONCOLOGIA</b> Sce. Farid

## 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 Cœfficients	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	

## **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>G</b> <b>B</b>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>	<hr/>													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										



CNSS  
998343742  
AMO



الدار البيضاء، في 11/02/2022  
Casablanca, le 11/02/2022

دار التأمين الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

**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

R4928

الموضوع : شهادة التحمل

Objet : Attestation de prise en charge

سيدي، سيدتي

Madame, Monsieur,

En réponse au dossier de prise en charge numéro 998343742, reçu le 11/02/2022, nous vous faisons part de notre accord concernant :

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

TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI  
090061201  
25687,72Dhs  
du 04/03/2022 au 03/04/2022

المستفيد  
المؤسسة العلاجية  
المبلغ  
صلاحية التحمل

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998343742 والذى وافقنا به بتاريخ 11/02/2022 نطلعكم على موافقتنا بخصوص

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.

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

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

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

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

ونتمنى سيدتي، 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° : **3173 / 2022** du **09/03/2022**

Nom patient **TEMSAMANI Mohammed** Entrée **04/03/2022**

**Prise en charge** **CNSS** **Sortie** **04/03/2022**

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		25 889,70	25 889,70
			<i>Sous-Total</i>	25 889,70
<b>Total Clinique</b>				<b>26 889,70</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

VINGT-SIX MILLE HUIT CENT QUATRE-VINGT-NEUF DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES

**Total** **26 889,70**

Immatriculation : 192216516

*Adhérent :* TEMSAMANI MOHAMMED

### **Part organisme**

25 545,22

Part patient

1 344.48

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 / Tél: 05 22 86 27 00 (14) 00 08 07 06 19 96 37 Fax: 05 22 86 25 56 0229787 - C.N.S.S : 8587919  
TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 00174114900027

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.oncologiryad.com](http://www.oncologiryad.com)

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

00114900082706719963798405228625560229787 - C.N.S.S : 8587919

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



Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUCARB 450MG INJECTA (01)	1	602,00	602,00
CHEMOSET 8MG COMPRIM (10)	1	236,00	236,00
METHYL PREDNISOLONE 40 mg INJECTA (01)	2	13,70	27,40
OMEPRAZOL NORMON 40 mg INJECTA (01)	1	29,90	29,90
ONSET 8 MG INJECTA (01)	1	56,40	56,40
PACLITOL 30 mg INJECTA (01)	10	285,00	2 850,00
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
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>25 889,70</b>
(*) Conditionnement hospitalier		<b>Total pharmacie</b>	<b>25 889,70</b>

RYAD ONCOLOGIA CLINIC  
Sce Façade Anoual 2  
N° 15 Allée du Persée  
Q. des Hôpitaux Extension - Casablanca  
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  
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 10/02/2022  
N° : 22021015484201

Nom patient : **TEMSAMANI Mohammed**

Prise en charge : **CNSS**

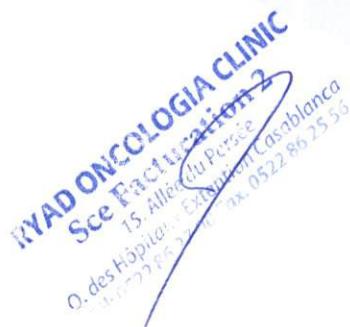
Traitements **CHIMIOTHERAPIE AMBULATOIRE**

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
ONSET 8 MG INJECTA (01)	1		56,40	56,40
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
CHEMOSET 8MG COMPRIM (10)	1		236,00	236,00
METHYL PREDNISOLONE 40 mg INJECTA (01)	2		13,70	27,40
OMEPRAZOL NORMON 40 mg INJECTA (01)	1		29,90	29,90
PACLITAXEL COOPE 30 MG SOL PER (01)	10		300,00	3 000,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>26 039,70</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :

*VINGT-SEPT MILLE TREnte-NEUF DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES*

**Total devis** **27 039,70**



**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.oncologiryad.com

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) GSM: 066199677 - Fax: 0522862556 - 06 62 79 02 26  
TP: 37990430 / IC: 40229781761149800027 I.C.E: 00127990008027 I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE**

N° **3 173** / **2022** du **09/03/2022**

Nom patient : **TEMSAMANI Mohammed**

Entrée **04/03/2022**

Prise en charge **CNSS**

Sortie **04/03/2022**

N° prise en charge **998343742**

**Total ticket modérateur**

**1.344,48**

**RYAD ONCOLOGIA CLINIC**  
**Sce Facturation 2**  
 Q. des Hôpitaux Extension Casablanca  
 15, Allée du Persée  
 Tél.: 05 22 86 27 00 Fax: 05 22 86 25 56  
 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.oncologiyad.com](http://www.oncologiyad.com)

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

ICE: 0522862700 490000814 0619987990430522862556 0229787 - C.N.S.S : 8587919

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