

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2719 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TEMSAMANI Med Larbi
 Date de naissance : 9/03/1952
 Adresse :
 Tél. : 0678734797 Total des frais engagés : 1344,48 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TEMSAMANI Mohammed

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

Nature de la maladie : NED du fumeur

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 : 812 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
09/03/2022	complément chirothérapie		1344,48	INP : [] Pr BENCHIKROU Onco-Radiation N° 193026427
				RYAD ONCOLOGIA C

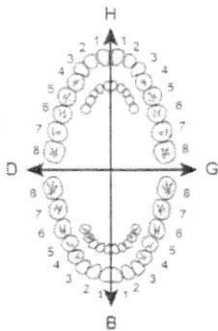
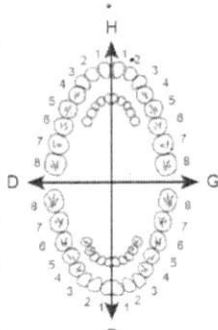
[illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
	<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	
	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		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

مديرية التأمين الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
N 15
QRT HOPITAUX EXTENSION
20000 CASABLANCA

CNSS

998343742

AMO

Réf : N° d'immatriculation 192216516

Nom et prénom de l'assuré : TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI
R4928

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

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

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

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

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
الأجال 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° : 3173 / 2022 du 09/03/2022

Nom patient **TEMSAMANI Mohammed**

Entrée 04/03/2022

Prise en charge **CNSS**

Sortie 04/03/2022

ICE : 001757364000080 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		25 889,70	25 889,70
			<i>Sous-Total</i>	25 889,70
Total Clinique				26 889,70

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
Affiliation :	N° prise en charge : 998343742	Part patient	1 344,48
Cin :			

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Scie Fertilitéation 2
 15, Allée du Persée
 Q. des Hôpitaux Extranet Casablanca
 Tel: 0522 86 57 00 Fax: 0522 86 55 56

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 / 149 000 0027 / 06 19 96 37 99 / 05 22 86 27 00 / 02 29 78 7 - 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 (l G) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologierivad.com

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

Tue Allée du Persée / Tél. 05 22 86 27 00 / 149000027 / 06 19 96 37 99 40 52 / 28 62 55 64 / 40 22 97 87 - 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
Sous-Total médicaments			25 889,70
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	25 889,70

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Sce Facturation 2
15, Allée du Persée
O. des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. 05 22 86 27 00 / 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 : 8587919

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 : 8587919

D E V I S

Date 10/02/2022

N° : 2202101548420I

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
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
			Sous-Total	26 039,70

Arrêté le présent devis à la somme de :

VINGT-SEPT MILLE TRENTE-NEUF DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES

Total devis

27 039,70

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Sce Facturation 2
15 Allée du Persée
O. des Hôpitaux - 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 Rue 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: 0522862700 / GSM: 066199677 / Fax: 0522862556
TP: 37990430 / LG: 40229787 / EN: 55880027 / IC: R0137990430 / 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
15, Allée du Persée
Q. des Hôpitaux Extension Casablanca
Tél: 0522 86 27 00 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.com

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

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 / Fax: 0522862556 / GSM: 0661996726 / 0662266666 / 0662790226 / C.E: 2817004900087 / M: 06619967990430 / 0662229787 - C.N.S.S : 8587919
TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919/ ICE: 001741149000027