

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

- 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W21-768207

158802

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1145

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MELOUL NAOUAL

Date de naissance :

24/12/1949

Adresse :

1, Rue Kasan Avenue
RIS, Jeddah, Jeddah

Tél. :

0661215618

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

1/8/2023

Nom et prénom du malade :

Me Melwi Naoual

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Cancer Pulmonaire

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.

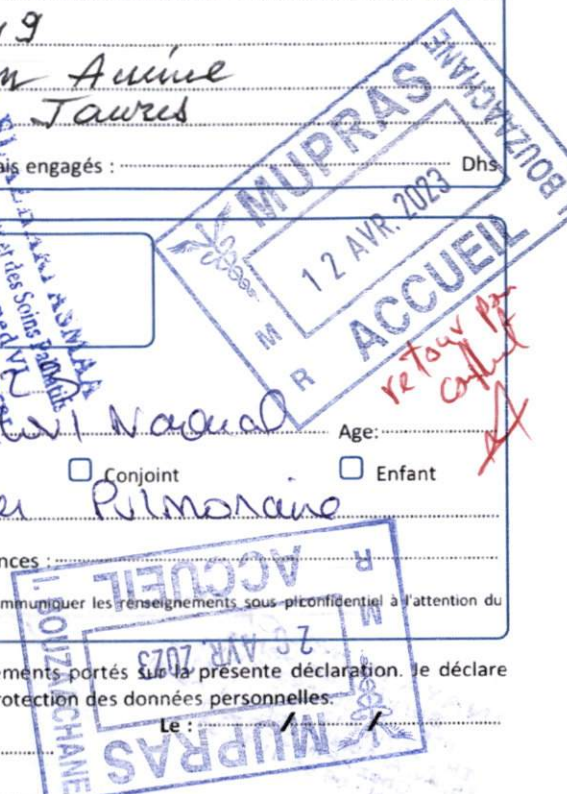
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
11/3/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant détaillé des Honoraires

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

WAYA HOME CARE
Service de Vente
ICE : 80280589000006
Tél : 28708813 - RC : 154115
45, Av. ALABET - N°4, Angoulême
Chèque PMU - Robet
Tél : 06 86 31 50 35

30/03/2023

3250,00

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

30/03/2023

Inaya Homecare Services

inaya  عناية

Facture

N° Facture : FA00412023

Nom/Prénom **ABOUSSAAD AZEDDINE**
Adresse **1 rue Kacem Amine Résidence Jean Jaurès**
2ème étage escalier gauche porte 3
Tél : **0661261211**
Médecin T **#NA# - #NA# -**
Sexe **Masculin**
Date naissance
Pathologie
Poids **Kgs**

Référence	Nature	Durée	Unité	Total
PR1	Prestation de services à domicile	15	2	3 250,00

Total TTC

3 250,00 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS MILLE DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

INAYA HOME CARE
Service de Vente
ICE : 002805899000055
TP : 25708913 - RC : 154115
15, Av. AL ABTAL, App. N°4, Agdal
Cité APIMO / Rabat
Tél : 06 66 31 50 35

1/1

inaya  عناية

ICE : 002805899000055 - IF : 50393101 - RC : 154115 - Siège Social : 15 AV AL ABTAL APPT N°4 AGDAL, Rabat - Tél : 06 66 31 50 35

30/03/2023

Une décharge

inaya  عناية

Soins et services à domicile

Nos horaires

Aide-soignant (e) de jour :
de 9h à 18h (1h de pose)

Aide-soignant (e) de nuit :
de 19h à 8h du matin

Signature du tuteur ou du référent

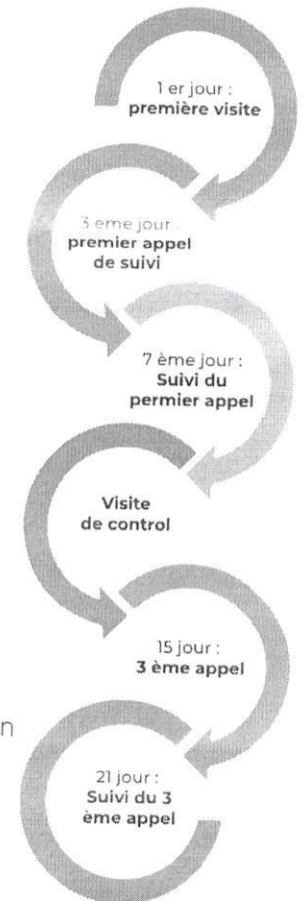
.....
.....
.....
.....

Signature Service Inaya

.....
.....
.....
.....
.....
.....
INAYA HOME CARE
Service de Vente
ICE : 00280580000055
TP : 26708813 - RC : 154115
18, Av. ALABRAJ - Appt. N°4, Agdal
Rabat
Tél : 06 86 31 60 35

Lors de son affectation l'aide-soignant (e) et la famille d'accueil s'engagent à respecter ses règles de vie afin d'assurer les meilleures conditions de soins au patient

- Il est interdit formellement l'usage du téléphone portable d'une façon abusif par l'aide-soignant (e) durant son shift sauf pour des cas d'urgence ou après validation de la famille d'accueil
- Dans le cadre de ses tâches l'aide-soignant (e) est tenu de donner à manger au patient, réchauffer son repas.
- L'hygiène du patient et de son environnement rentre dans le cadre de la responsabilité de l'aide-soignante.
- En cas de changement dans le planning ou des remplacements pour des cas de forces majeurs ou en cas de désistement de l'aide-soignante, nous nous engageant à vous tenir au courant et de vous trouver une remplaçante dans un délai raisonnable et en cas d'un rupture provisoire en attendant le staffing nous nous engageant à rajouter les ou la journée en question sur la durée de votre prestation
- Respect
- Durant la période de contrat il est possible de faire une suspension provisoire en cas de force majeur et pour une durée qui ne dépasse pas les 3 jours, cette suspension peut arriver 1 seule fois durant la période du contrat, en cas de dépassement des 3 jours de suspension, ces derniers jours seront considéré comme des jours travaillés.



Nos Conditions :

- Il est strictement interdit de faire la cuisine ou la vaisselle sauf celle du patient.
- L'aide-soignant (e) n'est pas tenue de faire le ménage, laver le linge ou faire des courses pour le compte de la famille d'accueil elle a par contre l'obligation de veiller sur la propreté de l'environnement du patient (changer les draps, refaire le lit ... etc)
- La famille est tenue de fournir à l'aide-soignante les produits nécessaires pour assurer la qualité de l'hygiène (...) de l'environnement du patient
- Pendant le staffing c'est à la famille de veiller sur la sécurité de de leur maison, nous vous conseillons pour des raisons de sécurité de procéder à une fouille avant le départ de l'aide-soignante
- L'entreprise se décharge de toute responsabilité en cas de vol ou de soupçon de vol car elle ne peut pas contrôler les employés lorsqu'ils ou elles sont dans le domicile du patient
- Il est strictement interdit de démarcher les aides- soignant(e)s pour un travail ou une tâche autres que celle prescrites dans le contrat, pendant ou en dehors de son shift sans passer par Inaya, toutes tentatives de le faire est considérée comme un abus de confiance qui donne le droit à Inaya de rompre le contrat sans aucun remboursement.

a. Règles de remboursement

Afin de se préparer à tout imprévu, Inaya a mis en place un système de remboursement en cas de décès du patient ou en cas de rupture de la prestation
Le remboursement se fait au prorata arrondie à la semaine

b. Modes de remboursement

Les remboursements sont faits par espèce ou par virement bancaire selon le mode de paiement reçu au début de la prestation.

Si le paiement est reçu par espèce le remboursement se fait en espèce.

Si le paiement est reçu par chèque ou virement, le remboursement se fait par virement.

Les remboursements sont traités à la fin de de chaque moi sauf cas exceptionnels.

Pour les prestations de 7 jours il n'y a pas de remboursement.

Pour les prestations de 15 jours il n'y a pas de remboursement à partir de la 2ème semaine.

c. Exemples et illustrations

Exemple 1 : Arrêt d'une prestation d'un mois au 5ème jour, payé par espèce

On arrondit à la semaine soit 7 jours de prestation

Calcul : $\text{Montant} / 30 \text{ jours} * (30-7)$

Le paiement se fera par espèce à la fin du mois

Exemple 1 : Arrêt d'une prestation mensuelle au 15ème jour, payé par Chèque

On arrondit à la semaine soit 21 jours de prestation

Calcul : $\text{Montant} / 30 \text{ jours} * (30-21)$

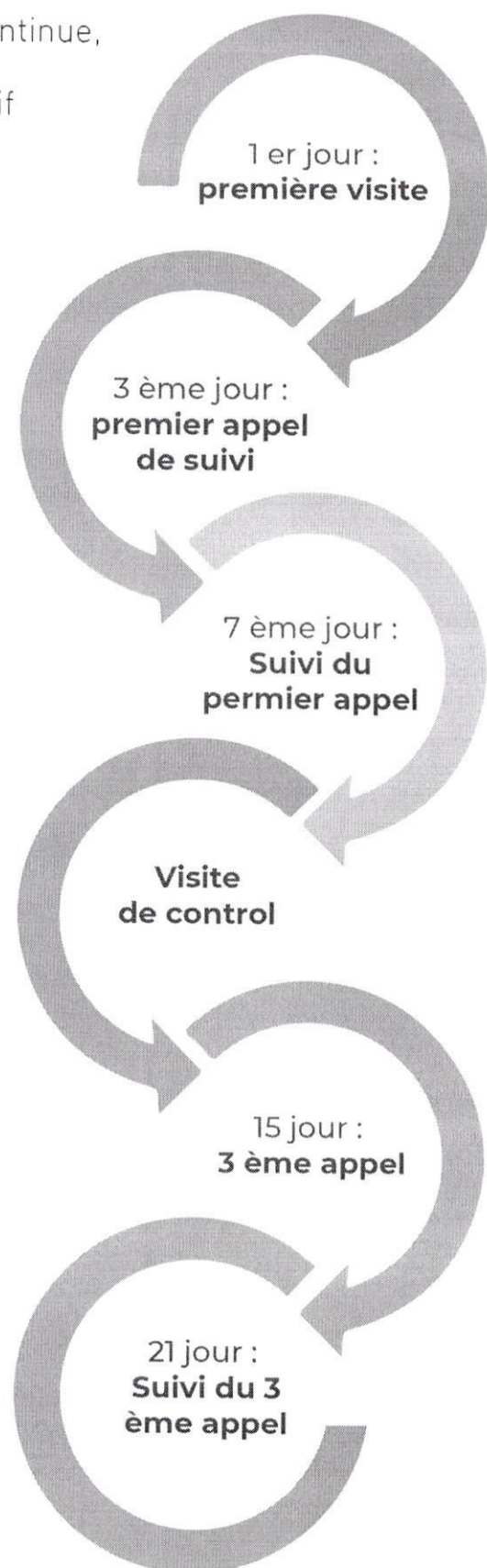
Le paiement se fera par virement à la fin du mois

Exemple 3 : Arrêt d'une prestation hebdomadaire au 3ème jour, payé par Chèque

On arrondit à la semaine soit 7 jours de prestation

Il n'y a pas de remboursement

Dans le but d'assurer une qualité de service en continue, **Inaya** met en place un processus de suivi qualitatif qui s'étale sur toute la durée de la prestation, nos conseillers prendront contact avec vous pour répondre au questionnaire de satisfaction en respectant les périodes mentionnées sur le schéma en bas et mettre en place les actions nécessaires à fin d'ajuster notre service pour vous permettre d'avoir une excellente expérience avec nous .



II- Tarifications

Le cout de la prestation / Aide-soignant (e) :

Jour	1 semaine	2 semaines	1 mois
300 Dhs	1 800 Dhs	3 500 Dhs	6 500 Dhs

Un supplément de 500 Dhs par mois à prévoir
pour les patients basés en Zone 2

Le cout de la prestation / Aide-soignant (e) :

Jour	1 semaine	2 semaines	1 mois
400 Dhs	2 400 Dhs	4 700 Dhs	8 000 Dhs

Un supplément de 500 Dhs par mois à prévoir
pour les patients basés en Zone 2

- **Inaya** se réserve le droit de modifier ses tarifs en cas de besoin afin de l'adapter au mieux à la demande de notre chère patientèle.
 - Le paiement se fait au complet et à l'avance par virement, chèque ou espèce
- Processus de suivi qualitatif **INAYA**

Programme soins a domicile inaya

Aide-soignant (e) a domicile

	1 AIDE-SOIGNANTS (E)	2 AIDE-SOIGNANTS (E)	3 AIDE-SOIGNANT (E)
■ Aide au lever et au coucher			
■ Aide aux repas			
■ Aide à la toilette			
■ Prise de médicaments par voix Oral			
■ Changement de positions			
■ Massages			
■ Prise et surveillance des constantes			
■ Accompagnement Psychique et psychologique			
■ Présence de jour Ou Nuit			
■ Présence de Jours + nuit *			
■ Présence de Jours + nuit **			

- **Présence de Jours + nuit *** : Patients qui stable durant la nuit qui a entre 2 et 3 heures de sommeil continues
- **Présence de Jours + nuit **** : Patients qui est agité durant la nuit qui a moins de 2 heures de sommeil continues

I Programme d'accompagnement de l'Aide-Soignant(e)

- a. Les tâches des aides soignant(e)s
- b. Le déploiement des aides-soignants

II Tarifications

- a. Les maladies de Type 1
- b. Les maladies de Type 2
- c. Les Frais supplémentaires de déplacement

III Démarche Qualité INAYA

- a. Processus de suivi qualitatif

IV Politique de remboursement

- a. Règles de remboursement
- b. Modes de remboursement
- c. Exemples et illustrations

V Nos Engagements / Nos Obligations

Prestation du Service à Domicile

Grâce aux **30 ans** de savoir-faire de **Locamed** dans le domaine de la santé,
Le Groupe Locamed a voulu fournir un service de proximité et complets à ses clients.
Quel est le travail de l'aide-soignant(e) ?



Le soutien au quotidien

Assurer le bien-être de vos proches dans tous les gestes indispensables du quotidien.

Aide au lever et au coucher

Aide à la toilette

Aide aux repas

Présence de nuit



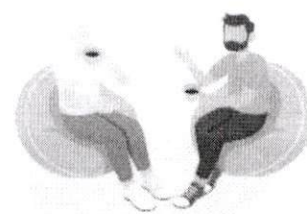
Lui tenir compagnie

Balade, travail de stimulation, loisirs....vos proches ne seront plus (jamais) seuls.

Compagnie et Stimulation

Rendez-vous médicaux

Promenades et Loisirs



L'aider spécifiquement

Parkinson, Alzheimer handicap....Certaines pathologies demandent un accompagnement particulier.

Handicap

Parkinson

Alzheimer



Prestation Aide-soignant(e) à domicile

Nom et prénom du patient : Djelloul Naoual

Numéro du Téléphone : 06 61 26 12 11

Tuteur ou Référent : Ageddine Aboussaad

Numéro du Téléphone : 06 61. 26 12 11

Besoin d'accompagnement : Jour / Nuit / Jour & Nuit

Durée : 1 semaine 2 Semaines 1 Mois

Du 01/03/2023 Au 15/03/2023

30/03/2023

Inaya Homecare Services

inaya  عناية

Facture

N° Facture : FA00412023

Nom/Prénom **ABOUSSAAD AZEDDINE**
Adresse **1 rue Kacem Amine Résidence Jean Jaurès**
Tél : **2ème étage escalier gauche porte 3**
0661261211
Médecin T **#NA# - #NA# -**
Sexe **Masculin**
Date naissance
Pathologie
Poids **Kgs**

Référence	Nature	Durée	Unité	Total
PR1	Prestation de services à domicile	15 2		3 250,00

Total TTC **3 250,00 DHS**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS MILLE DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

INAYA HOME CARE
Service de Vente
ICE : 002805899000055
TP : 26708813 - RC : 154115
15 Av. Al Abtal Appt N°4, Agdal
Chez AFIMQ - Rabat
Tél : 06 66 31 50 35

1/1

inaya  عناية

ICE : 002805899000055 - IF : 50393101 - RC : 154115 - Siège Social : 15 AV AL ABTAL APPT N°4 AGDAL, Rabat - Tél : 06 66 31 50 35

14/04/2023

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83