

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

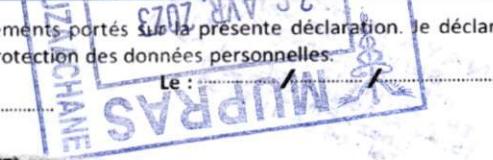
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement à caractère personnel.

N° W21-768207

158802

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1145	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ATELLOUL NAOUAL			
Date de naissance : 24/12/1949			
Adresse : 1, Rue Kassem Amine Ruz, Taxis Taurès			
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 : ATELLOUL NAOUAL Age : 78			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Cancer du sein			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Retour opération			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous-plconfidential 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 : ACCUEIL Le : 12 AVR 2023			
Signature de l'adhérent(e) : ATELLOUL NAOUAL			



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
21/3/23			G	IN: 02/03/23 1240146 Doulou... Taches de... AZIA

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant Cancéer nca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
 <i>AYA HOME CARE</i> <i>Service de Vente</i> <i>IDE 00280559000055</i> <i>Tel: 06 86 13 - BC 15475</i> <i>15. AV. AL ADIB CHAMOIS N°4, Rabat</i> <i>Chez AYMO - Tel: 06 86 13 50 35</i>	30/03/2023				3250,00

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"/>										
				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 	G	H 	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

30/03/2023

Inaya Homecare Services



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 : 25708813 - RC : 154115
15, Av. Al Abtal, App. N°4, Agdal
Chez APIMO - Rabat
Tél : 06 66 31 50 35*

1/1



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

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

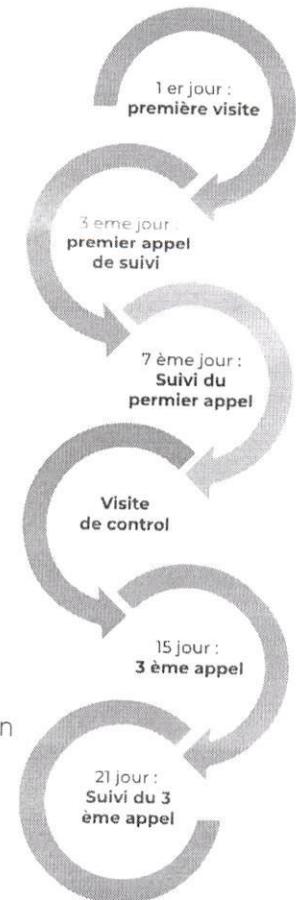
Signature Service Inaya



V- Nos Engagements, règles de vie

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 engageons 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 engageons 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 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 chaque mois 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 : Montant /30 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 : Montant /30 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

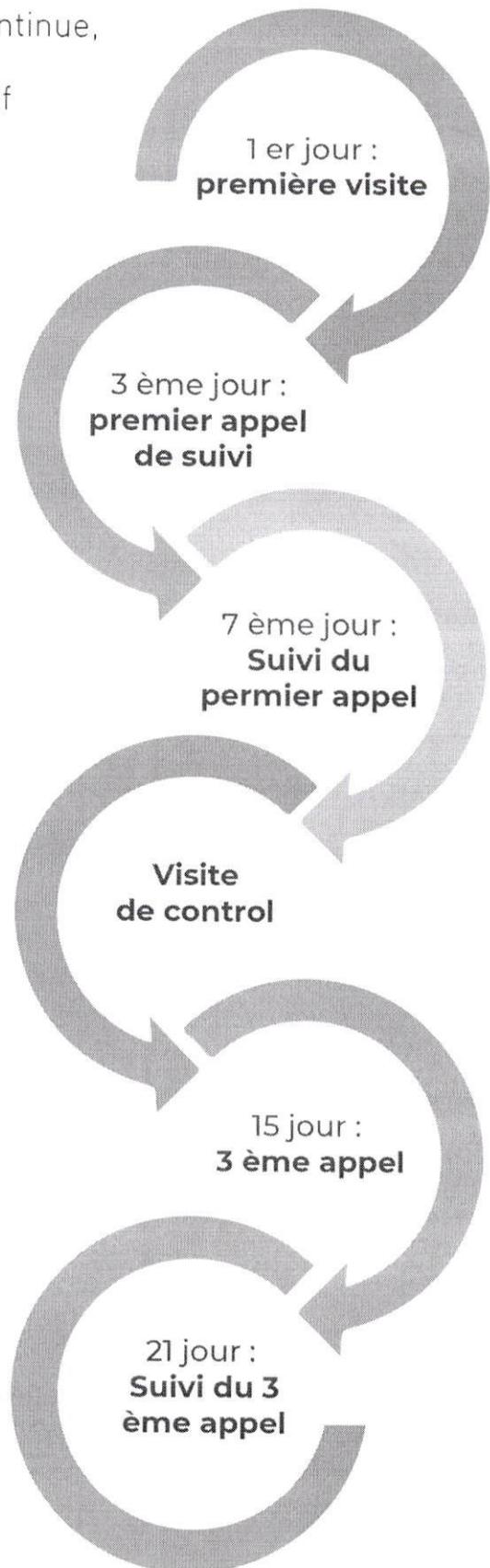
On arrondit à la semaine soit 7 jours de prestation

Il n'y a pas de remboursement

III- Démarche Qualité INAYA

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

Démarche Qualité INAYA



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

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

Programme soins a domicile inaya

Aide-soignant (e) a domicile

	1 AIDE-SOIGNANTS (E)	2 AIDE-SOIGNANTS (E)	3 AIDE-SOIGNANT (E)
<ul style="list-style-type: none">■ 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

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

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

Tarifications

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

Démarche Qualité INAYA

- a. Processus de suivi qualitatif

Politique de remboursement

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

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

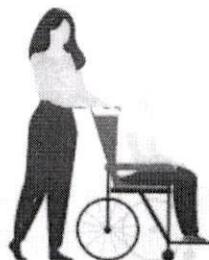
Assurer le bien-être de vos proches dans tous les gestes indispensables du quotidien.

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

Présence de nuit

1145
c. d



L'aider spécifiquement

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



Prestation Aide-soignant(e) à domicile

Nom et prénom du patient : Djelloul Nasual

Numéro du Téléphone : 06 61 26 12 11

Tuteur ou Référent : Azeddine Aboussad

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



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 : 25708813 - RC : 154115
15 Av. Al Abtal, Agdal, N°4, Agdal
Chez APIMOR, Rabat
Tel: 06 66 31 50 35

1/1



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

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
 + ٢٤٣٨٠٥٤٨٦٣٥٦
 Casablanca, le : ٠٩/١٠/٢٠٢٣
 Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

ORDONNANCE

Docteur :

Djellal Nadaa

Prise en charge

de maïcile par

Sufamide

dauciile de

463123 au 103123

Dr. EL AZZAKI AYAD
 Unité de la Douleur et des Soins Palliatifs
 Centre Mohammed VI
 Pour le Traitement des Cancers
 Centre National des Soins Palliatifs
 pour les Cancers
 Casablanca