

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005675

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITÉE

Nom & Prénom : AZIZI FATIHA

Date de naissance : 19-01-1959

Adresse : 62 Bd Sidi ABDERRAHMANE

Apt 8 - 3^e Etage - Beausejour - CASABLANCA

Tél. : 0661645338 Total des frais engagés : 36.77,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TALBI ABDELLAH Age : 81 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ABLATION DE LA PROSTATE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ✓

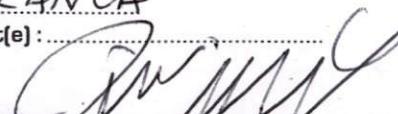
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Le : 21/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :





ATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

s doit comporter les cachets
ant, le nom et le prénom de
née (bénéficiaire) inscrits de
cin traitant.

ins doit être accompagnée
e médicale prescrivant les
examens de radiologie et
ainsi que toutes les pièces
ctures des examens effectués
sultats et comptes rendus
doivent être mis sous pli

nom de la personne malade
irement être portés par les
mêmes, sur chaque pièce

es concernant une maladie
ses dans les trois mois au plus
ate d'ordonnance médicale.

ent, préciser les causes,
eu, date et heure.

s et PPM concernant les
doivent être joints aux

italisation médicale ou
feuille de soins doit être
l'une facture acquittée sur
être précisés, s'il ne s'agit
t, la cotation des actes, la
is annexes, le nombre de jours
et le détail de la pharmacie.

DÉTACHABLE E DE SOINS

et, découpez-le et conservez-le.
e de le présenter pour toute
tuelle.

6240

180026240

de l'agent :

Talbi Abdellah

tion : 02/02/2022

ages : 74,1,60

à conserver par l'agent

- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.

- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.

- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.

- ALD-ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC 2-pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3 - les résultats des explorations.

- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.

- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.



الجمع الشيريف للفوسفات

9/9/2022

FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 12 728491

A

379 480

Agent en activité Agent en retraite

Maladie Maternité ALD - ALC Accident Médecine de travail

REmplir par l'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah

N° RCAR 4080026240 Matricole 26240

N° CIN Q5643

Adresse de l'agent : 62, Bd Sidi Abderrahmane

Appt 8 Beaufour

Ville : Casablanca

N° Tél. 0661 64 53 38

Signature de l'agent

A 098A

le 09-09-2022

REmplir par le Médecin. (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent Agent Retraite Conjoint Enfant

Nom et prénom du patient : Talbi Abdellah

Date de naissance : 17/12/1941

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adresse au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, indiquer la cause :

Médecin traitant : Dr. OMAR ZAKARIA

N° INP : 101170933

VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS	
12 728491	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.	
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.	
Matricule :	26240
N° RCAR :	4080026240
Nom et prénom de l'agent : Talbi Abdellah	
Date de consultation : 02/09/2022	
Total des Frais engagés : 741,60	
Date de dépôt :	
Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt	

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
02-09-22	C			<i>SA. Bd. Général De Gaulle 36, 14052 Casablanca SOCIÉTÉ DE GÉNÉRAL CLINIC ZAKARIA</i>

RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (joindre la facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Acte	Durée séjour	Montant honoraire

EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture
02/09/22	741,60	<i>Pharmacie C.I.L BENBRAHIM Touria 100, Boulevard Sina Tél : 06 22 38 18 88 - Casablanca</i>

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

Devis

Nombre de séances : Etabli le :

Facture

Nombre de séances : Etablie le :

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature du p

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur

8-2

04/09/22

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférent qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.
- ALD-ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC 2-pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3 - les résultats des explorations.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.



9/9/2022

للفوسفاط

600 DH

FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 16508955

A

Agent en activité Agent en retraite

Maladie Maternité ALD - ALC Accident Médecin

REmplir par l'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah

N° RCAR 14080026240 Matricole 26240

N° CIN 05643

Adresse de l'agent : 62 Bd Sudi Abderrahmane
Beauregard

Ville : Casablanca

N° Tél. : 0661 84 338

Signature de l'agent

Le 09/09/2022



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

16508956

Matricule : 26240
N° RCAR : 14080026240

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah
Date de consultation : 27/9/2022



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : 26240
N° RCAR : 14080026240

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah
Date de consultation : 27/9/2022

REmplir par le Médecin (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent Agent Retraité Conjoint Enfant

Nom et prénom du patient : TALBI Abdellah

Date de naissance : 17/12/1941

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contre

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : fracture

Médecin traitant : Dr Abdellah DIBA
N° INP : 6262238457

DETAL DES SOINS (À remplir par le médecin)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
27/08/2021	C		600,00	<i>C</i>

RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (Jointure facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Acte	Durée séjour	Montant honoraire

EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture
27/08/2021	PSU5	600,00	<i>PSU5</i>

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

Devis .. Nombre de séances : Etabli le :

Facture Nombre de séances : Etablie le :

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur

a, le: 02.09.2022

ORDONNANCE

1401 j post manus

62.5020W

2) Kalmarer. 7th

240 x 211 with 1 miss

121, u.c

3) H-Max.

8210 141 j pth

4/ INEXIUM longi capi of Geels

54, Boulevard Ghandi, 20210 Casablanca • شارع غاندي، 20210 الدار البيضاء

📞 +212 522 36 74 05 📞 +212 522 94 07 70 / 74 📞 +212 522 39 09 73 📞 +212 522 36 05 34



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois de septembre 2022 OCP

مراجع التعويض عن المرض لشهر سبتمبر 2022 OCP

TALBI ABDELLAH

Matricule: 4080026240

62 BD SIDIABDERRAHMANE
BEAUSEJOUR C ASABLANCA

CASABLANCA

Madame, Monsieur,

سيدي سيدي

Nous vous informons que nous avons procédé au remboursement de vos feuilles de soins sus référencées suivant décompte ci-après:

تحيطكم علما اننا قد قمنا بتعويضكم عن ملفاتكم المرضية حسب المراجع المفصلة كما يلي

N° de dossier	Bénéficiaire	Prestation:	Nombre Acte	Frais Engagés	Somme Remboursement	Date de règlement	Mode de règlement
12442204	Agent	PHARMACIE	1	146.00	116.80	15/09/2022	Virement
12728491	Agent	PHARMACIE	1	741.60	372.48	09/09/2022	Virement
16508956	Agent	ANALYSES BILOG	1	600.00	600.00	09/09/2022	Virement
16508957	Agent	PHARMACIE	1	790.00	408.00	09/09/2022	Virement
31554350	Agent	ANALYSES BILOG	1	700.00	700.00	09/09/2022	Virement
31554711	Agent	ANALYSES BILOG	1	700.00	700.00	06/09/2022	Virement

3677.60

مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية لشهر سبتمبر 2022 : 2 897.28 Dh

Nous vous en souhaitons bonne réception et vous prions d'agréer,
Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

تقبلوا سيدي سيدي فائق عبارات التقدير والإحترام.



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 29/08/2022

FACTURE N° : 22/08741

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

600,00 Dhs

SIX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le 27/08/2022

Pour **TALBI ABDELLAH**

Sur ordonnance du : **Dr REDOUANE //Dr ELOMARI**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
S.D. B.C. 27/08/2022
Tél: 0522 22 62 81 34 74 10 32 72 35 45

ORDONNANCE

Dr. TALIBI ABDELLAH

Breve

LA CLINIQUE D'ANESTHÉSIologie
DU CENTRE
54, Bd. Ghandi Casablanca
Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 59 54

Dr. "ADOUANE Oussama"
REANIMATEUR ANESTHÉSIAT
54, Bd. Ghandi Casablanca
Tél: 0522 22 56 74 05

شارع عالدي، 20210 الدار البيضاء • 54
+212 522 36 74 05 +212 522 94 07 70 / 74 +212 522 39 09 73 +212 522 36 05 34

9/9/2022

408 DH



FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 16508957

A

 Agent en activité Agent en retraite

 Maladie Maternité ALD - ALC Accident Médecine de travail

REmplir par l'agent (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : TALBI AbdellahN° RCAR 4080026240Matricule 26240N° CIN Q5643Adresse de l'agent : 62 30 Sidi Abdesshame App 8
Beaouejou CasablancaVille : CasablancaN° Tél. : 06 61 64 53 36

Signature de l'agent

A Casablanca le 30/8/2022

REmplir par le Médecin (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent Agent Retraité Conjoint EnfantNom et prénom du patient : TALBI AbdellahDate de naissance : 17/12/1941

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : Accident

Médecin traitant : DR DELOMARIE
 Spécialiste en Anesthésie N° INP : 00000000000000000000000000000000
 GSM : 0660979000 Date de dépôt : 22/08/2022
101175933

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférent qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.
- ALD-ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC 2-pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3 - les résultats des explorations.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.

VOLET DÉTACHABLE
FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : 26240N° RCAR : 4080026240

Nom et prénom de l'agent :

TALBI AbdellahDate de consultation : 22/08/2022Total des Frais engagés : 490,00

Date de dépôt :

VOLET DÉTACHABLE
FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : 26240N° RCAR : 4080026240

Nom et prénom de l'agent :

TALBI AbdellahDate de consultation : 22/08/2022Total des Frais engagés : 490,00

Date de dépôt :

16508957

DETAIL DES SOINS (À remplir par le médecin)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
22.08.21	9			

RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (Joindre facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Acte	Durée séjour	Montant honoraire

EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture
22/08/2021	290,00	Pharmacie Université Santé Hichama JAMALI 118, Rue Jules El Ouafi Tel: 05 22 98 09 08 - Casab
28/08/2021	170,00	470,00
02/09/2021 (Hx2)	340,00	753,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

Devis Nombre de séances : Etabli le :

Facture Nombre de séances : Etablie le :

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur

208221

Casablanca, le : 25/08/2022

ORDONNANCE



NA

220821145447KE-0

21/08/2022

Mr TALBI ABDELLAH

Naissance : 17/12/1941 15:14:00

PAYANT

DR REDOUANE / ELOMARI

110,00

- 110,00

20,00 200 mg

ICP 425

110,00 Pharmacie de la Santé
Hicham El Oufir
116, Rue 06 - Casa
Tél: 05 21 09 06 - Casa

Dr ELOMARI Med ZAKARIA
Spécialiste en Anesthésie Réanimatrice
Gsm: 0660 97 96 93 Tél: 0522 36 6 10
101175933

Elle est située à la pharmacie de l'Aéroport d'Asni
2 bis, Bd. Sidi Abderrahmane
Tél: 39.06.36 - Casablanca

Casablanca, le: 22/08/22

ORDONNANCE

Dr Talbi Abdellah.

280,00



Biostina.

Pharmacie Univers San
Hicham JAMALI
116, Rue Jiali El Oufi
05 22 98 09 06 - Casablanca

مطارات
Mme LAMNIA Brigitte
Pharmacie de l'Aéroport d'Agadir
1 bis, Bd. Sidi Abderrahmane
39.06.36 - Casablanca

Dr EL OMARI Med Zekri
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
06 52 97 94 07 70 05 22 98 06 10
05 22 98 09 06 - Casablanca
05 22 98 09 06 - Casablanca
101175933

Pharmacie Univers
Hicham JAMALI
116, Rue Jiali El Oufi
05 22 98 09 06 - Casablanca

BENSOUDA Karim
Chirurgien Urologue
52, Bd. Zekrioui 4ème Etage N° 31
Casablanca - Tel: 0522 22 61 75

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférent qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotisation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.



FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MÉDICALES

N° 31554350

A *Food H*

Agent en activité Agent en retraite

Maladie Maternité ALD - ALC Accident Médecin

REmplir par l'agent (Ainsi que les deux volets inférieurs)

Nom et prénom de l'agent : *TALBI Abdellah*

N° RCAR *4080026240* Matricole *26240*

N° CIN *061645338*

Adresse de l'agent : *62 Bd Sidi Abderrahmane
App 10
Bejaia*

Ville : *Bejaia*

N° Tél. *061645338*

Signature de l'agent

A. Béda le 08

REmplir par le Médecin (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent Agent Retraité Conjoint Enfant

Nom et prénom du patient : *TALBI Abdellah*

Date de naissance : *17/12/1941*

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Médecin traitant : *DR M. TALBI*

N° INP : *101177432*

8c



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricole : *26240*
N° RCAR : *4080026240*

Nom et prénom de l'agent : *TALBI Abdellah*
Date de consultation : *02/09/2022*
Total des Frais engagés : *100*

Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'agent



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricole : *26240*
N° RCAR : *4080026240*

Nom et prénom de l'agent : *TALBI Abdellah*
Date de consultation : *02/09/2022*
Total des Frais engagés : *100*

Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

31554350

DETAL DES SOINS (À remplir par le médecin)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
07/09	CI-			
20/09				

RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (Jointure de la facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Acte	Durée séjour	Montant honoraire

EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture
08/09/02	1636	709,50	

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

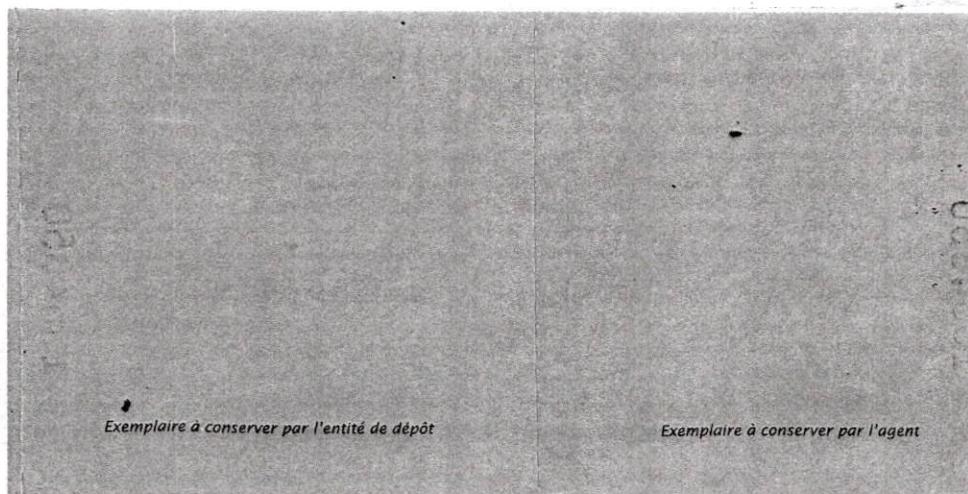
Devis Nombre de séances : Etabli le :

Facture Nombre de séances : Etablie le :

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur



Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

Exemplaire à conserver par l'agent



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 02/09/2022

FACTURE N° : 22/09057

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

700,00 Dhs

SEPT CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **02/09/2022**

Pour **TALBI ABDELLAH**

Sur ordonnance du : **Dr BENSOUDA KARIM**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Bd. Zerkouni - Casablanca - Maroc
Tél. : 022.22.51.31 / 022.2251.34 - Fax : 022.22.50.90
Email : labo_du_centre@yahoo.fr - Pâtente N° 34206650 - TVA N° 819561 - CNSS N° 2364917 - ICE 000834360000045

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférent qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.

- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.
- ALD-ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC 2-pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3 - les résultats des explorations.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.



519/2022

ج. الشريف للرسنات

FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 31554711

A

Agent en activité Agent en retraite

Maladie Maternité ALD - ALC Accident Médecine de trav

REmplir par l'agent (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah
N° RCAR : 4080026240 Matricule : 26240
N° CIN : Q5643

Adresse de l'agent : 62 BD Sidi Abderrahmane App
Beauséjour
Casablanca
Ville :
N° Tél. : 0661 6453 38

Signature de l'agent

A. Cosa le 30/8/



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : 26240
N° RCAR : 4080026240

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah
Date de consultation : 21/8/2022

Total des Frais engagés : 705,-
Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'agent



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : 26240
N° RCAR : 4080026240

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah
Date de consultation : 21/8/2022

Total des Frais engagés : 705,-
Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

REmplir par le Médecin (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent Agent Retraité Conjoint Enfant

Nom et prénom du patient : TALBI Abdellah

Date de naissance : 17/12/1941

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adresse au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Médecin traitant :

REMARQUE : NE PAS RETOURNER CE DOCUMENT
REMARQUE : NE PAS RETOURNER CE DOCUMENT

CHAMP DES SOINS (À remplir par le médecin)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
28.01				

54, Bd. Général de Gaulle - 72360 SAINT-RENAN
DR. R. DUCOURT - ALAIN DUCOURT
Tél. 02 33 22 47 31 / fax: 02 33 22 51 47

SERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (à remplir lorsque la facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Durée séjour	Montant honoraire

EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture
25/08/82	PL32	700,00	DR. R. DUCOURT Tél. 02 33 22 47 31 / fax: 02 33 22 51 47

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

Devis
 Facture

Nombre de séances : Etabli le :

Nombre de séances : Etablie le :

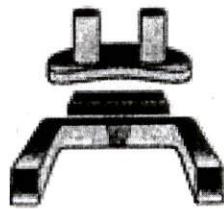
Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

Exemplaire à conserver par l'agent



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 27/08/2022

FACTURE N° : 22/08706

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

700,00 Dhs

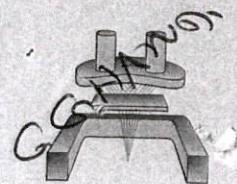
SEPT CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **25/08/2022**

Pour **TALBI ABDELLAH**

Sur ordonnance du : **Dr REDOUANE //Dr ELOMARI**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerkouni
Tél: 0522 22 51 31 / 34 fax: 0522 22 59 04



RIA

L

EP

Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - CytopathologisteDr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

NA

220821145447KE-0

21/08/2022

Mr TALBI ABDELLAH

Naissance : 17/12/1941 15:14:00

PAYANT

DR. REDOUANE / ELOMARI

De la part

Nom et Prénom

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Tumeur pathologique suspect.

PSA - 57,6 ng/dl
nodule suspect. sur IRN

Siège du prélèvement

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin Exocol Endocol - Frottis conventionnel : CBE : Endomètre

Signature et Cachet



VOLET DÉTACHABLE
FEUILLE DE SOINS

1 6508956

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : 100 76 026 240

N° RCAR : 100 76 026 240

Nom et prénom de l'agent : TALB / b dellah

Date de consultation : 27/11/2022

Total des Frais engagés : 600,00

Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'agent