

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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0004748

138473

☒ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005675 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITEE
Nom & Prénom : AZIZI FATIHA
Date de naissance : 19-01-1959
Adresse : 62 Bd Sidi ABDERRAHMANE
APT 8 - 3^e Etage - Beauséjour - CASABLANCA
Tél. : 0661645338 Total des frais engagés : 3677,60 Dhs

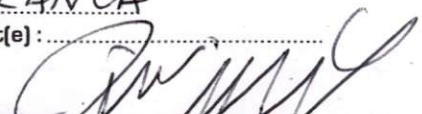
Cadre réservé au Médecin

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) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

ATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

La feuille de soins doit comporter les cachets de l'agent, le nom et le prénom de l'adhérent (bénéficiaire) inscrits de manière lisible.

La feuille de soins doit être accompagnée d'un certificat médical prescrivant les examens de radiologie et ainsi que toutes les pièces justificatives des examens effectués, les résultats et comptes rendus doivent être mis sous pli confidentiel.

Le nom de la personne malade doit être porté par les mêmes, sur chaque pièce.

Les feuilles de soins concernant une maladie doivent être présentées dans les trois mois au plus tard de l'ordonnance médicale.

Il faut, préciser les causes, la date et l'heure.

Les feuilles de soins et PPM concernant les accidents doivent être joints aux feuilles de soins.

La feuille de soins doit être remplie et l'une des factures acquittées sur la feuille de soins doit être précisée, s'il ne s'agit que d'un acte, la cotation des actes, la date des annexes, le nombre de jours 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.



الجمع الشريف للفوسفاط

9/9/2022

FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 12 728491

A 372, 4800

☐ Agent en activité ☒ Agent en retraite

☐ Maladie ☐ Maternité ☐ ALD - ALC ☐ Accident ☐ Médecine de travail

REPLIR 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

Appt 8 Zoukroun

Ville : Casablanca

N° Tél : 0661 64 5338

Signature de l'agent

A 372 le 09-09-2022

DÉTACHABLE DE SOINS

Il faut, découper-le et le conserver-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

6240
180026240

Nom et prénom de l'agent : A. Abdellah

Date de consultation : 02/02/2022

Montants engagés : 741,60

à conserver par l'agent



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

REPLIR 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, préciser la cause :

Médecin traitant

N° INP : 101176933

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
02-09-22	G			

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
02/09/22	741,60	

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

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDIC

☐ 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

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

Exemplaire à cor

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 afférant 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
600DH

للفوسفاط

FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 16508955

A

☐ Agent en activité ☒ Agent en retraite

☐ Maladie ☐ Maternité ☐ ALD - ALC ☐ Accident ☐ Médecin

REEMPLIR PAR L'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah

N° RCAR 4080026240 Matricule 26240

N° CIN : 05643

Adresse de l'agent : 62 Bd Sidi Abdelhakman A

Beauregard

Ville : Casablanca

N° Tél. : 0661 64 33 38

Signature de l'agent

[Signature]

A Casa 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.

Matricule : 26240

N° RCAR : 4080026240

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah

Date de consultation : 27/09/2022



VOLET DÉTACHABLE
FEUILLE DE SOINS

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

Matricule : 26240

N° RCAR : 4080026240

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah

Date de consultation : 27/09/2022

REEMPLIR 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 : Prescription

Médecin traitant : Dr. ABDOU N° INP : 0661 64 33 38

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
27/08/22	C			
28/08/22				
29/08/22				

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

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
27/08/22	PS45	600,00	

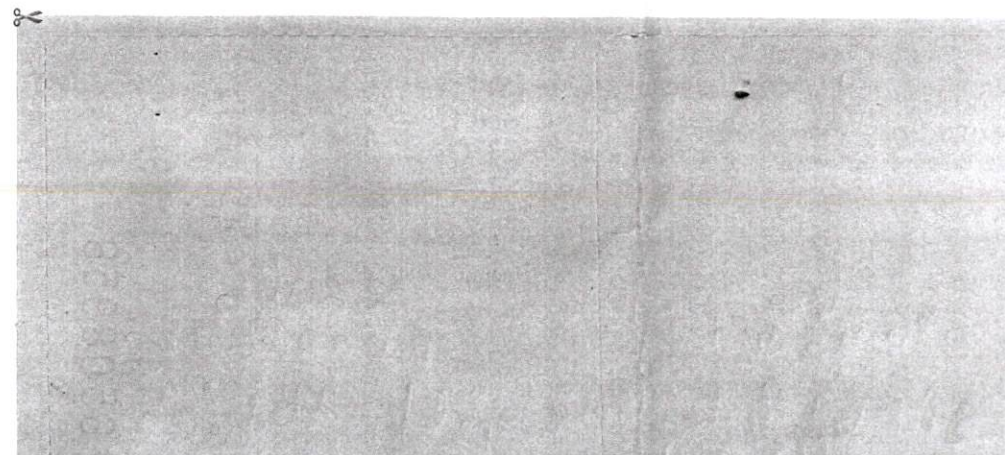
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

☐ Devis Nombre de séances : Etabli le :
☐ Facture Nombre de séances : Etabli le :

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

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur



02.09.2022

ORDONNANCE

M^r Talhi Abdelhak
 74 160
 180,00
 1) Vena 10mg (7)

Dr. B. Ghandi
 54, Bd. Ghandi - Casablanca
 Tél: 0522.36.74.05
 Spécialiste en Maladies de l'Appareil Urinaire

Pharmacie C.I.L.
 BENBROUJAH Touria
 100 Boulevard Ibn Sina
 Tél: 05 22 36 74 05 - Casablanca

1plj pmt 1 mois
 60,00 20u
 2) Kalmarer (7)

24p x 21j pmt 1 mois
 121,00
 3) L1-Lax. CP (7)

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

82,10 141j pmt 1 mois
 4) INEXIUM 20mg 1plj 1 mois



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois de septembre 2022 OCP

مرجع التعويض عن المرض لشهر شتنبر 2022 OCP

Matricule: 4080026240

TALBI ABDELLAH

62 BD SIDIABDERRAHMANE
BEAUSEJOUR C ASABLANCA

CASABLANCA

Madame, Monsieur,

سيدي سيديتي

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

نحيطكم 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

Total remboursement du mois de septembre 2022 : 2 897.28 Dh مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية لشهر شتنبر 2022

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

تقبلوا سيدي سيديتي 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
54, Bd. Zerkouni - 3ème étage - Casablanca
Tél: 022.22.51.31 / 022.22.51.34 - Fax: 022.22.50.90
Email: labo_du_centre@yahoo.fr Patente N° 34206650 - TVA N° 819561 - CNSS N° 2364917 - ICE 000834360000045

ORDONNANCE

D. TALBI ABCHILAH

Breper

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Bd. Mohammed VI
Tél: 0522 22 59 31 / 34 Fax: 0522 22 59 34

N° 20210W
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 22 59 31 / 34 Fax: 0522 22 59 34

Dr. HADOUANE Oussama
REANIMATEUR - ANESTHESISTE
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 22 59 31 / 34 Fax: 0522 22 59 34

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

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 afférant 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 : 26240
N° RCAR : 4080026240
Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah
Date de consultation : 23/08/2022
Total des Frais engagés : 490
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 : 26240
N° RCAR : 4080026240
Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdellah
Date de consultation : 23/08/2022
Total des Frais engagés : 490
Date de dépôt :



FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 16508957

A

☐ Agent en activité ☒ Agent en retraite

☐ Maladie ☐ Maternité ☐ ALD - ALC ☐ Accident ☐ Médecine de travail

REEMPLIR 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 Abdennahmane App 8
Beauseyon Coslabane
Ville : Coslabane
N° Tél : 06 61 64 5338
Signature de l'agent : [Signature]
A. Coslabane le 30/8/2022

REEMPLIR 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 : 17/12/1947

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 : [Signature]

Médecin traitant : DR EL OMARI [Signature]
Spécialiste en Anesthésie N° INPI : 101175933
Gsm: 06 50 97 00 00
101175933

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	g			

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
24/8/2022	280,00	
25/8/2022	170,00	
02/9/2022 (14x2)	340,00	

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

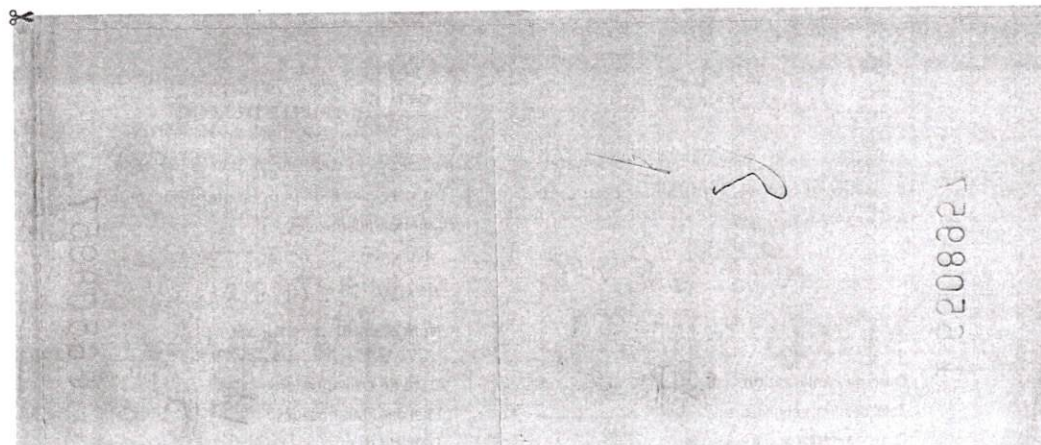
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

- ☐ Devis Nombre de séances : Etabli le :
☐ Facture Nombre de séances : Etabli le :

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

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur





GHANDI CLINIC

Casablanca, le: 25/8/2022

ORDONNANCE



NA

220821145447KE-01

21/08/2022

Mr TALBI ABDELLAH

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

PAYANT

DR.REDOUANE / ELOMARI

510,00

- 170,00

200 mg

100 x 25

Pharm. Santa
Hicham
116, Rue
Tél.: 05 22 36 74 05

Dr EL OMARI Med Zakaria
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Gsm: 0660 97 96 93 Tél: 0522 36 68 10
101175933

FARM LAMNIAI Brigitte
Pharmacie de l'Aéroport d'As
2 bis, Bd. Sidi Abderrahmane
Tél : 39.06.36 - Casablanca



Casablanca, le: 22/08/22

ORDONNANCE

Dr Talbi Abdellah.

280,00 ₺
Biotina.

Faculté de Pharmacie Université de Saida
 Hicham JAMALI
 16, Rue Jilali El Oufi
 05 22 98 09 06 - Cas.

sept 3-15

ميميد سبيطه
 Mme LAMNIAI Brigitte
 Pharmacie de l'Aéroport d'Agg.
 115, Bd. Sidi Abderrahmane
 39.06.36 - Casablanca

Dr. EL OMARI Med. Zentr.
Spezialisten in Allgemein- & Familienm.
Geb. 0560 97 96 93 Tel. 0522 96 62 10
101175933

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

Pharmacie Univers
Hicham JAMALI
116, Rue Nili El Oul
Tel: 06 22 98 09 06 - C.

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 afférant 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.
- 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-pi 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.

للفوسفات



FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 31554350

A

☐ Agent en activité ☒ Agent en retraite

☐ Maladie ☐ Maternité ☐ ALD - ALC ☐ Accident ☐ Médecin

REPLIR PAR L'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdelilah
 N° RCAR : 4080026240 Matricule : 26240
 N° CIN : 0643
 Adresse de l'agent : 62, BD Sidi Abdelrahman
APR. Jeannepan
 Ville : COX
 N° Tél. : 0661645338
 Signature de l'agent : A. Caden le 08



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 Abdelilah
 Date de consultation : 02/03/2022
 Total des Frais engagés : 100
 Date de dépôt : 02/03/2022

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 Abdelilah
 Date de consultation : 02/03/2022
 Total des Frais engagés : 100
 Date de dépôt : 02/03/2022

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

REPLIR PAR LE MÉDECIN (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent ☐ Agent Retraité ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
 Nom et prénom du patient : TALBI Abdelilah
 Date de naissance : 17/12/1947
 Nature de la maladie à préciser ou complément sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur : ALD-ALC
 S'il s'agit d'un accident, en indiquant la cause : Chute
 Médecin traitant : Dr. TALBI Abdelilah
 N° INP : 10117433

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
07/09	CH			
10/09				

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

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
08/09/02	1636	709,50	

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

- ☐ Devis
- Nombre de séances : Etabli le :
- ☐ Facture
- Nombre de séances : Etabli 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
Tél: 022.22.51.31 / 022.22.50.90
Fax: 022.22.50.90

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 afférant 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.



FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 31554711

A

☐ Agent en activité ☒ Agent en retraite

☐ Maladie ☐ Maternité ☐ ALD - ALC ☐ Accident ☐ Médecine de travail

REMPILIR PAR L'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdelhak

N° RCAR : 4080026240 Matricule : 26240

N° CIN : 5643

Adresse de l'agent : 62 BD Sidi Abdouahmane App Beauseyon

Ville : Casablanca

N° Tél. : 0661 6453 38

Signature de l'agent

A. Casa 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 Abdelhak

Date de consultation : 21/8/2022

Total des Frais engagés : 705,-

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 : 26240

N° RCAR : 4080026240

Nom et prénom de l'agent : TALBI Abdelhak

Date de consultation : 21/8/2022

Total des Frais engagés : 705,-

Date de dépôt :

REMPILIR PAR LE MÉDECIN (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent ☐ Agent Retraité ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Nom et prénom du patient : TALBI Abdelhak

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 :

DR. RABOUANE OUSMAN
54, Bd. Sidi Abdouahmane
Casablanca
2022-08-30

TAIL DES SOINS (A remplir par le médecin)

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

SERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (A remplir par le médecin)

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

ÉCUTION 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

IALYSES - RADIOGRAPHIES

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture
25/08/22	P636	700,00	

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

☐ Devis

Nombre de séances : Etabli le :

☐ Facture

Nombre de séances : Etablie le :

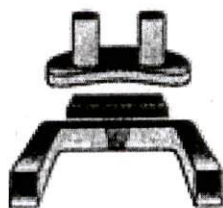
Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

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 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

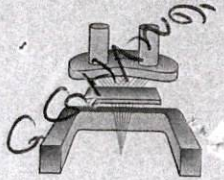
SEPT CENTS DIRHAMS

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: 0521 22 51 24 / 34 Fax: 0521 22 54 06



RIA

L

EP

Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
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 prostatique suspecte.

PSA 57,6 ng/ml.

nodules suspectes sur IRM

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui ☒Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVR

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 :

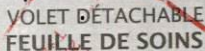
Vagin ☐Exocol ☐Endocol ☐

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre ☐

Signature et Cachet



16508956

Matricule :

N° RCAR :

Nom et prénom de l'agent :

Date de consultation :

~~Total des Frais engagés :~~

Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'agent