

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 canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3523 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNIS FARIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.61.31.10.05

Total des frais engagés : 8941,06 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément R.E.C.

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 29 MAR. 2023

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 29/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la professio

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



réinventons /
l'assurance et l'épargne

CASABLANCA LE : 05/01/2023

Département Vie & Santé
Règlements Santé

SANLAM
216 BD ZERKTOUNI

CASABLANCA

CONTRAT GROUPE : 010 040036 07 SANLAM
INTERMEDIAIRE : 176BUR EAU DIRECT SIEGE
ASSURE : 023017 KABBAJ MOHAMMED HILAL
BENEFICIAIRE : KABBAJ MOHAMMED HILAL
SINISTRE N° : 23422107
FRAIS ENGAGES : 67281,50 Dhs

OBJET : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Nous soussignés, AXA ASSURANCE MAROC, sis au 120 – 122, Avenue Hassan II, certifions par la présente que M. ou (Mme, Mlle) : **KABBAJ MOHAMMED HILAL** de la société : SANLAM bénéficiaire de la garantie Maladie Maternité du contrat groupe souscrit auprès de notre compagnie par ladite société.

En conséquence, notre compagnie se substitue, conformément aux clauses du contrat à M. ou (Mme, Mlle) : **KABBAJ MOHAMMED HILAL**
Vis –à vis de : HOP.CHEIKH KHALIFA IBN ZAI Sise à : CASABLANCA

Pour le remboursement des frais médicaux relatifs au sinistre cité en référence dans la limite des conditions prévues au contrat jusqu'à concurrence de : 40000,00 Dhs

Les frais de taxes, services, accessoires, matériel, téléphone, accompagnant, fournitures, etc...sont exclus.

Il est entendu que cet accord est valable tant que l'assuré fera partie du personnel de la Société contractante

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

HANTOUM

NB : *Prise en charge valable pendant 1 mois, en cas de désistement prière de retourner celle-ci.

*Le règlement sera fait sur présentation de la facture détaillée, des notes d'honoraires et des

Pièces justificatives dans les 30 jours suivant l'exécution des soins (cf. Article 18 Convention FMSAR-CNOM)

AXA Assurance Maroc
Gestion & règlement
Vie & santé
Règlements santé

5521191

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CASABLANCA

Réf:	Police N°	:	1000991624	N°Déclaration	:	70402137
Contractante		:	Saham Assurance	Code maladie	:	C34
Adhésion N°		:	10	Frais engagés	:	67 281.05 DHS
Assuré Primaire		:	Mohamed Hilal Kabbaj	Date de survenance	:	13/01/2023
Personne Traitée		:	Mohamed Hilal Kabbaj	Médecin Traitant	:	MEDECIN DIVERS
N° du bordereau		:	887103	Code Médecin	:	19954
N° sinistre		:	5521191	Ville (Médecin)	:	CASABLANCA
Date réception		:	13/01/2023	Spécialité	:	Divers
Date retour		:				

Objet : Accord

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Valable pendant 1 mois à partir de la date de sa délivrance

Nous soussignés, Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard ZERKTOUNI-Casablanca, certifions par la présente que M. ou Mme : **Mohamed Hilal Kabbaj** bénéficie de la garantie Maladie-Maternité du contrat cité en objet.

En conséquence, nous nous substituons au lieu et place de notre assuré pour régler le montant des frais occasionnés suite à son hospitalisation sans toutefois dépasser la contre-valeur en Dhs de : **18 269.29**

Notre règlement interviendra sur présentation de votre facture accompagnée de la présente prise en charge, des PPV et des prospectus relatifs aux frais pharmaceutiques, des notes d'honoraires et des résultats des examens et radios effectués, ainsi que le compte rendu d'hospitalisation.

Par ailleurs, nous vous invitons au respect de la convention qui nous lie et à collaborer avec notre médecin conseil en cas de contre visite médicale.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

Direction Indemnisation Soins de Santé



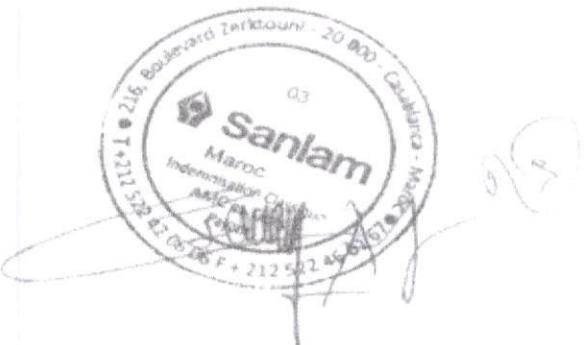
Estimation du coût de l'hospitalisation par l'assureur de Mohamed Hilal Kabbaj

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)=(a)*(b)
HOSPITALISATION MEDICALE	67 281.05	NA	NA	22 836.61	NA	%	
Totaux	67 281.05			22 836.61			18 269.29

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
AXA assurance	44 444.44	Produits non remboursables
Totaux	44 444.44	

Direction Indemnisation Soins de Santé



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DEVIS ESTIMATIF

YOUSSEF

Date 19/01/2023
N° : 220816152143YO

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Prise en charge : AXA ASSURANCE

Traitements CHIMIOTHERAPIE AMBULATOIRE

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1		400,00	400,00
SURVEILLANCE CHIMIO	1		375,00	375,00
CONSOMMABLE	1		300,00	300,00
Sous-Total				1 075,00
MEDICAMENTS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)	1		80,00	80,00
SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)	1		38,05	38,05
KEYTRUDA 100MG INJECTA (01)	2		33 044,00	66 088,00
Sous-Total				66 206,05

Arrêté le présent devis à la somme de :

SOIXANTE-SEPT MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS CINQ CENTIMES

Total devis

67 281,05

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: contact@fscm.hck.men
N°VAID 090061862

Nom de naissance: KABBAJ Nom: KABBAJ MOHAMMED HILLAL
(M - 03/01/1944 - 78 ans - 75 kg - 170 cm - 1,86 m²) - NIP : 151027084342IL

Médecin prescripteur : Docteur SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED (Oncologie Médicale)
Oncologie - Hospitalisation de jour
PEMBROLIZUMAB / Pembro(n°7/24 cure(s)) : J1
Reprise à J : 21

19/01/2023 10:00 **PEMBROLIZUMAB**

Solvant : NACL 100 ml

Statut :

Programmé

Voie : IV

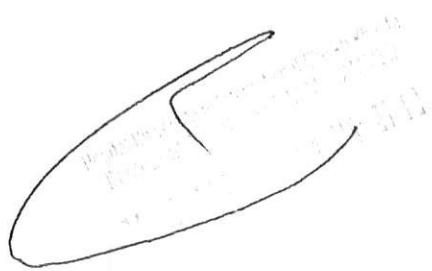
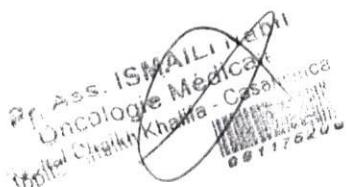
Dose : 200 mg

Dose théor :
200 mg

19/01/2023 10:09 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :

Programmé



MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère

991176306
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca
Chirurgie Médicale
Dr. ISMAILI Nabi

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme Khalifa...Nabli ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Carcinome épidermique pulmonaire métastatique au niveau pulmonal.

TRAITEMENT PROPOSE :

Pembrolizumab (Immunothérapie)

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

Une cure

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 04/01/2023

Cachet et Signature du Médecin

991176306
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca
Chirurgie Médicale
Dr. ISMAILI Nabi



Casablanca le : 04/01/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e)

ISMAILI NABIL
Chirurgie Médicale
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca
091176206

Certifie que Mr/Mme

Kabbaj
Nouhammed Hllal

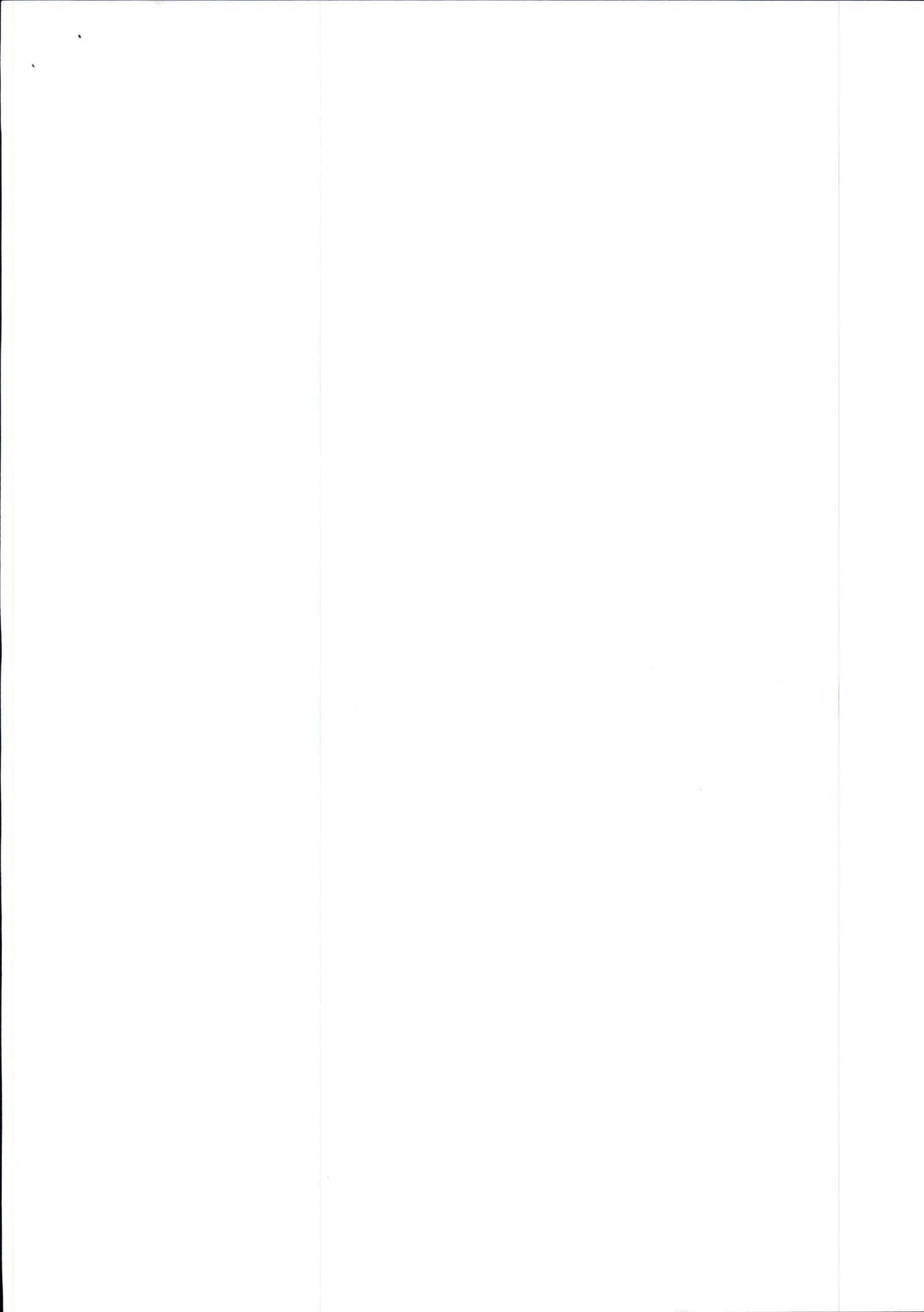
est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un ~~Carcinome épidermique~~
~~pulmonaire métastatique au niveau pleural sans traitement~~
~~de 1ère ligne par Carboplatin-pachtaxel-pembrolizumab.~~
Le patient a reçu 6 cycles de traitement, actuellement
un traitement de maintenance par Pembrolizumab seul est nécessaire.
Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.

Signature

ISMAILI NABIL
Chirurgie Médicale
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca
091176206



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 18885 / 2023 du 07/02/2023

Nom patient

KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Prise en charge : **AXA ASSURANCE**

Entrée 07/02/2023

Prise en charge complémentaire **SAHAM**

Sortie 07/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE . SURVEILLANCE DE CHIMIOTHERAPIE	1,00 1,00		400,00 375,00	400,00 375,00
			Sous-Total	775,00
PHARMACIE				
PHARMACIE (en sus)	1,00		163,70	163,70
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 168,00	66 168,00
			Sous-Total	66 331,70

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SOIXANTE-SEPT MILLE CENT SIX DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES

Total facture 67 106,70

Immatriculation G5139	Adhérent :	KABBAJ MOHAMMED HILL	AXA 39 896,35
Affiliation :	N° pec :	23422107	SAHAM 18 269,29
Cin : G5139	N° Pec Cplém.	5521191	ADHERENT 8 941,06

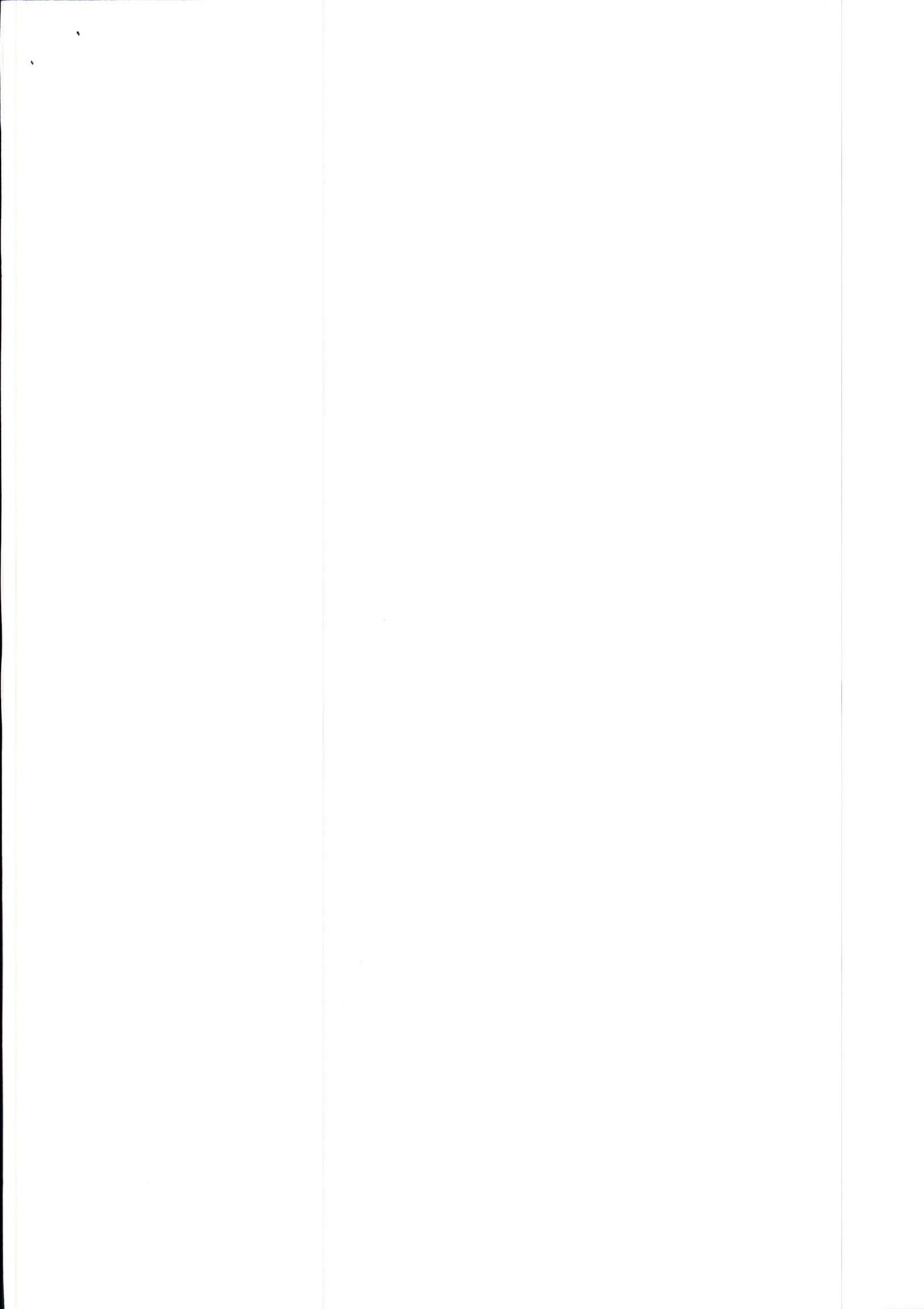
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 54 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N°INP 090061862

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Hôpital Universitaire de la Médina d'Oujda
Tél. : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 54 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
121251201 N°INP 090061862

TICKET MODERATEUR SUR FACTUREN° **18 885** / 2023 du 07/02/2023Nom patient **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**Entrée **07/02/2023**Prise en charge **AXA ASSURANCE
SAHAM**Sortie **07/02/2023****Total ticket modérateur 8 941,06****PARTS**

AXA	39 896,35
SAHAM	18 269,29
PATIENT	8 941,06

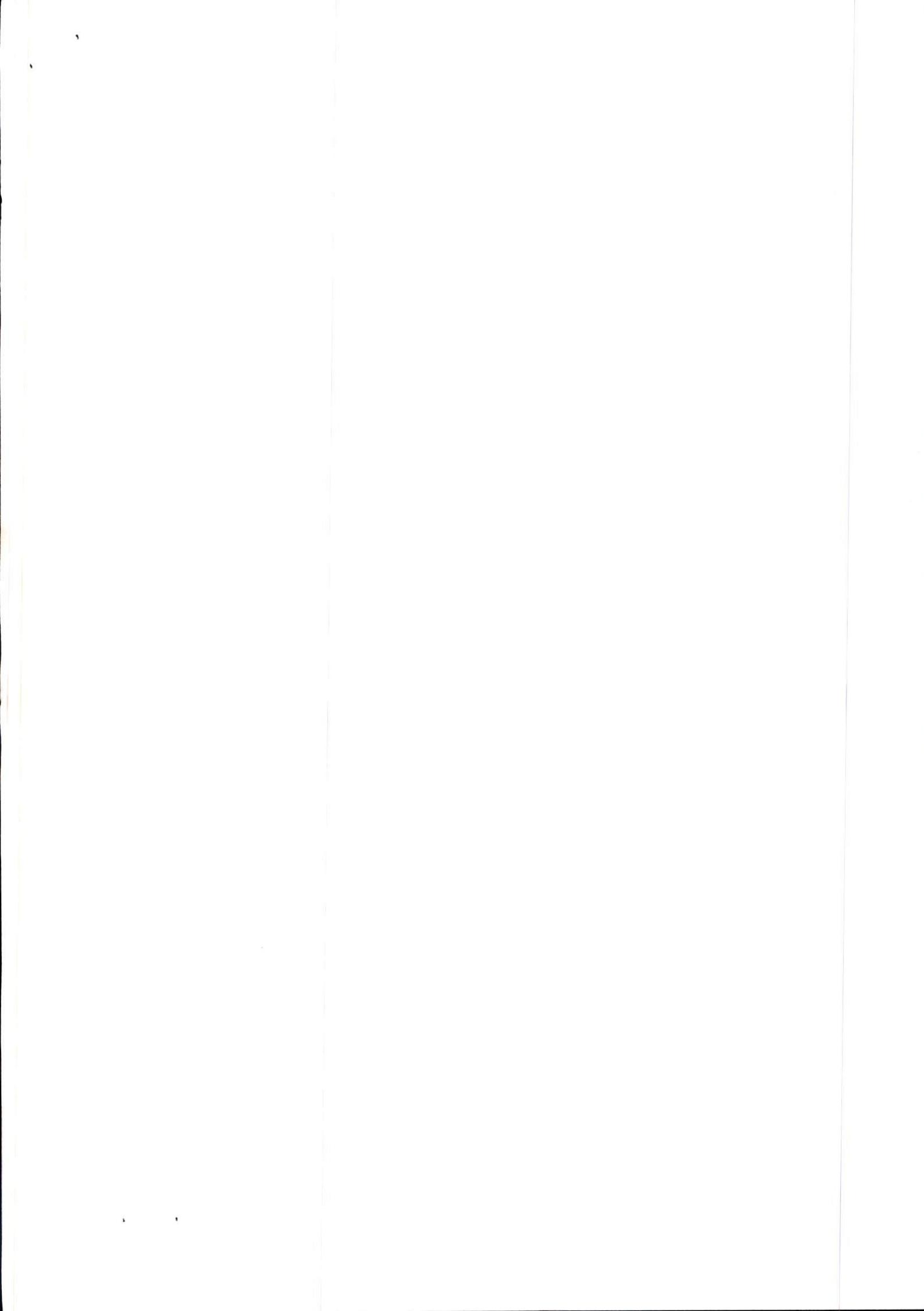
Hôpital Cheikh Mohamed Ben Ali
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.mn
Mémo: nnnnnnnnn



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL	N° Facture	18 885	2300629934
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
KEYTRUDA 100 MG INJECTA (01)	2	33 044,00	66 088,00
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)	1	80,00	80,00
Sous-Total médicaments			66 168,00
		Total pharmacie	66 168,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayed
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 41 77
E-mail : contact@fcml.mhc.ma
N° INT : 0000000000000000



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL		N° Facture	18 885	2300629934
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant	
CHLORURE DE SO 0,9%Po100 Injecta (01)	1	14,05	14,05	
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	3	14,10	42,30	
Sous-Total médicaments			56,35	
AIGUILLE HUBER COURBE G20	1	43,68	43,68	
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	5	3,54	17,70	
GANT DE CHIR. GAMMEX EN LATEX NON POUDRE	2	9,80	19,60	
GANT D'EXAMEN EN LATEX POUDRE	6	1,25	7,50	
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	2	5,86	11,72	
SERINGUE 10ML	4	1,56	6,24	
SERINGUE 20ML	1	0,91	0,91	
Sous-Total consommable médical			107,35	
		Total pharmacie		163,70

*M. Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 06 29 00 98 45
 Fax: 06 29 00 98 77
 E-mail: contact@fdcm.ick.ma*