

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BÉNNIS FARIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.31.10.05

Total des frais engagés : 13.514,26

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
P.E.C.

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

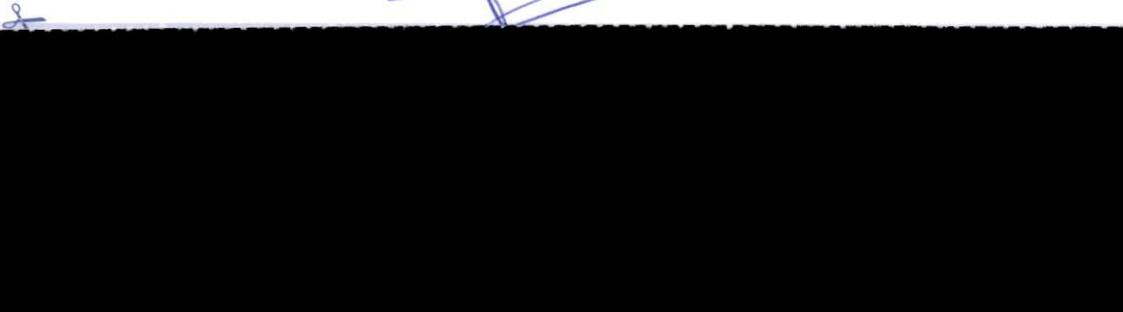
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



BELEVE 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

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom de la clinique : <u>HCK</u>	Code F.M.S.A.R. :
Adresse :	Dossier médical N° :
Tél. :	Fax :
N° chambre :	

Dossier de prise en charge

(3 Feuillets à adresser à la compagnie)

A remplir par l'employeur

Cachet de l'employeur	N° de police
	N° d'adhésion
Prénom(s) :	
Prénom(s) :	
Prénom(s) :	
Assurance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A remplir par la clinique ou polyclinique

Prénom(s) du malade : <u>KABBAJ Mohamed HILAL</u>	
Autres (à préciser) : <u>G5139</u>	
Hospitalisation : <u>Oncologique</u>	
Rendant : <u>Dr. Sallie Houssaini Mohamed</u>	
Hospitalisation (actes) : <u>Chimiothérapie</u>	
Hospitalisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Date de début	<u>21/03/2023</u>
Date de fin	<u></u>
Pièce(s) jointe(s)	<input type="checkbox"/>
dont certificat médical confidentiel obligatoire	

Réserve à l'assureur**Signe du médecin conseil**

Table / Accord du	
Orable / Motif	
Ves	

Signature et cachet de l'Assureur

Cachet réception

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique

Durée probable	Frais de séjour	Nombre de jours	P.U	Total H.T
	Séjour normal	<u>1</u>	<u>400</u>	<u>400,00</u>
	Soins intensifs ⁽¹⁾			
	Réanimation ⁽¹⁾			
	Couveuse			

Estimation de l'Assureur

Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant pris en charge

Mangue le Décompte
Serai ajouté dès obtention de la Cie d'assurance

Nature des prestations	Cotation	P.U	Total H.T
Actes			
Consultations			
Actes médicaux Surveillance clinique	<u>1x375</u>	<u>375,00</u>	
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale ⁽²⁾			
Examens (Détaillés)			
Radiologie (standard, IRM, scanner, écho...)			
Biologie			
Autres (anapathé, ECG, EEG, Fibro, Colono...)			
Lithotripsie ⁽³⁾			
Dialyses			
Fournitures			
Pharmacie			
Matériel ostéo-synthèse (sang, plasma)	<u>1</u>	<u>300,00</u>	
Consommable			
Total de l'estimation			<u>6728,00</u>

Total estimé de la prise en charge**Part du malade**Fait à 28/02/23 Le Alg**Montant pris en charge (en lettres)****Hôpital et cachet de l'assureur****Important**

En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue d'hospitalisation.

5566657**Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CASABLANCA****Réf: Police N°** : 1000991624**Contractante** : Saham Assurance**Adhésion N°** : 10**Assuré Primaire** : Mohamed Hilal Kabbaj**Personne Traitée** : Mohamed Hilal Kabbaj**N° du bordereau** : 895426**N° sinistre** : 5566657**Date réception** : 02/03/2023**Date retour** :**N°Déclaration** : 70897756**Code maladie** : C34**Frais engagés** : 67 281.05 DHS**Date de survenance** : 02/03/2023**Médecin Traitant** : MEDECIN DIVERS**Code Médecin** : 19954**Ville (Médecin)** : CASABLANCA**Spécialité** : Divers**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 ZERKOUNI-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 : **53 584.84**

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	66 981.05	NA	%	
Totaux	67 281.05			66 981.05			53 584.84

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Consommable	300.00	Produits non remboursables
Totaux	300.00	

Direction Indemnisation Soins de Santé





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

SOINS

FORMATION

RECHERCHE

Casablanca le :

28/08/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e)

ISMAILI Nabil
Doktor Medizinische
Fakultät Cheikh Khalifa - Casablanca
Doktor Medizinische
Fakultät Cheikh Khalifa - Casablanca

Certifie Mr/Mme Kabaj
Mohamed Hilal

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un Carcinome

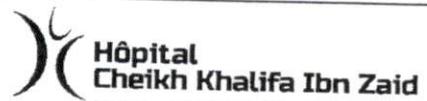
épidémoïde pulmonaire avec métastases
plevales

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

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

ISMAILI Nabil
Doktor Medizinische
Fakultät Cheikh Khalifa - Casablanca
Signature

PLI CONFIDENTIEL



Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme : Lebtah, Noha et Idlal 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 :

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

Cessation epidémiologie pulmonaire rétrogradée au niveau planct

TRAITEMENT PROPOSE :

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

lenbutolizumab 200 mg

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

.....
1 cure

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

Casablanca, le 28/10/2013

Cachet et Signature du Médecin





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Identité	KABBAG Mohammed			Médecin Prescripteur	Etiquette	Régime	
Diagnostique	HILLAL						
N°IPP				21/03/2023	Date		
Age	Poids	taille	SC	Cycle N° 9			

TraITEMENT spéCIFIQUE ET SUBSTANCES à VISÉE PROTECTRICE

Date	Jour	Produit	Posologie	Mode D'Administration	Type de soluté+Volume	Durée de l'injection
21/03/2023		Pembrolizumab	200mg	IVL		1h

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur SOALLI HOUSSEINI MOHAMMED
Oncologue Médecin

Barcode: 090061867
090061867

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DEVIS ESTIMATIF

Date 21/03/2023
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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 43056 / 2023 du 22/03/2023

Nom patient	KABBAJ MOHAMMED HILLAL	Entrée	21/03/2023
Prise en charge	SAHAM	Sortie	22/03/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE JOUR	1,00		400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	400,00
PHARMACIE (en sus)				141,66
PHARMACIE (médicaments)				66 088,00
				<i>Sous-Total</i> 66 229,66
Total Clinique				66 629,66

DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00		375,00	375,00
Total Autres prestations				375,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	67 004,66
SOIXANTE-SEPT MILLE QUATRE DIRHAMS SOIXANTE-SIX CENTIMES			
Immatriculation :	Adhérent :	Part organisme	53 490,40
Affiliation : Cin : G5139	N° prise en charge :	Part patient	13 514,26

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@fckm.hck.ma
 www.fckm.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **43056** / 2023 du 22/03/2023

Nom patient	KABBAJ MOHAMMED HILLAL	Entrée	21/03/2023
Prise en charge	SAHAM	Sortie	22/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE .	1,00		400,00	20	80,00
			Sous-Total		80,00
PHARMACIE					
PHARMACIE (en sus)	1,00		141,66	100	141,66
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 088,00	20	13 217,60
			Sous-Total		13 359,26
PRESTATIONS EXTERNES					
DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00		375,00	20	75,00
			Sous-Total		75,00

<i>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</i> TREIZE MILLE CINQ CENT QUATORZE DIRHAMS VINGT-SIX CENTIMES	Total	13 514,26
--	--------------	------------------

Montant total facturé	67 004,66
<i>Montant pris en charge par l'organisme</i>	53 490,40
<i>Montant ticket modérateur à charge du patient</i>	13 514,26

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fckm.hck.ma
 N°INP 090061862