

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0048180

☐ 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 : 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/04/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

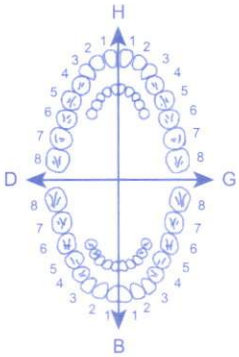
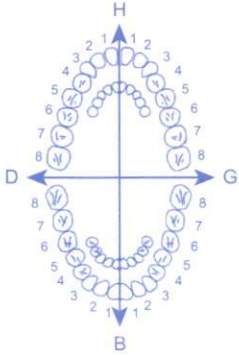
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaille des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[illegible]

Manque le Décompte
Sera ajouté dès
obtention de la Cie
d'assurance

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**

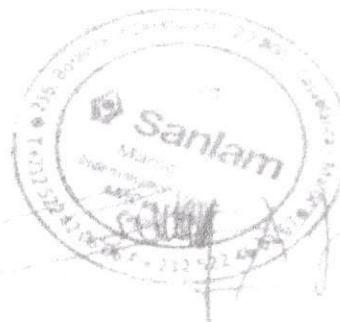
Nous soussignés, Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard ZERKTOUNI-Casablanca, certifions par la présente que M. ou Mme : **Mohamed Hilal Kabbaj** bénéficie de la garantie Maladie-Maternité du contrat cité en objet.

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 : **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 : 28/02/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e)



[Signature]

Certifié Mr/Mme *Kabbaj*
Mohamed Hilal

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

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

*épidermoïde pulmonaire avec métastases
pleurales*

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

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

[Signature]
Signature
Dr. A. S. ISMAILI NABII
Oncologie Médicale
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa - Casablanca
0511/6206

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 : Khalil Mohamed El Khalil 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 :

Causation épidémique pulmonaire netostetique
au niveau pleural

TRAITEMENT PROPOSE :

Penicillazine 200mg

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

1 semaine

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

Casablanca, le 28/08/2013

Cachet et Signature du Médecin

SMALI Nabil
Service Médical
Casablanca



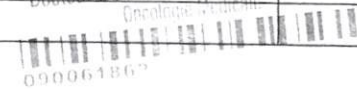
HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Identité	KABBAJ Mohammed		Médecin Prescripteur		Etiquette	Régime	Observation
Diagnostique	HILLAL						
N°IPP			Date 21/03/2023				
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
Gynécologue Obstétricien



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

D E V I S E S T I M A T I F

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

Tel.: 05 29 03 53 45

Fax : 05 29 00 44 77

E-mail : contact@hckm.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
			Sous-Total	400,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		141,66	141,66
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 088,00	66 088,00
			Sous-Total	66 229,66
Total Clinique				66 629,66

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

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


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

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

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

TREIZE MILLE CINQ CENT QUATORZE DIRHAMS VINGT-SIX CENTIMES

Total 13 514,26

Montant total facturé

67 004,66

Montant pris en charge par l'organisme

53 490,40

Montant ticket modérateur à charge du patient

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