

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

AS6268

Déclaration de Maladie

M22- 0048182

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNIS FARIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06.61.31.1005 Total des frais engagés : 13.573.21 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 :

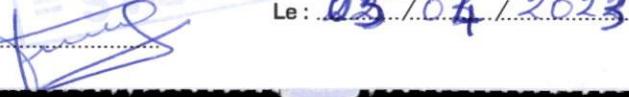
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 05/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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.

Axa

Dossier de prise en charge

(3 feuillets à adresser à la Compagnie)

Nom clinique : HCK

Code FIM SAR :

Chambre n° :

Dossier médical n° :

À remplir par l'employeur

Cachet de l'employeur / Intermédiaire ⁽¹⁾		N° de police
Assuré Nom & prénom		N° d'affiliation
Malade Nom & prénom		Lien de parenté
Date de naissance		

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique

Durée probable	Frais de séjour	Nbre de jours	P.U.	Total H.T.
	Séjour normal	1	400	400,00
	Soins intensifs ⁽²⁾			
	Réanimation ⁽²⁾			
	Couveuse			

Prise en charge de l'assureur

Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant pris en charge

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

À remplir par la clinique

Nom & prénom du malade	KABBAJ Mohamed HILAL
N° CIN ou autres (à préciser)	G5139
Service d'hospitalisation	Oncologie
Medecin traitant	Dr. SKALLI Houssaini
Motif d'hospitalisation (actes)	chimiothérapie
Date d'hospitalisation	28/02/2023
En urgence la date prévue le	28/02/2023
Nbre de pièces jointes	1
Dont certificat médical confidentiel obligatoire	

Réservé à l'assureur

Avis technique du médecin conseil ⁽⁴⁾	Sinistre n°
<input type="checkbox"/> Favorable / accord du :	
<input type="checkbox"/> Défavorable / motif	
<input type="checkbox"/> Réserves	
Signature et cachet de l'assureur	Cachet et réception

14/02/23	
Visa et cachet de la clinique	
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd	
Tél : 05 29 03 53 45	
Fax : 05 29 00 44 77	
E-mail : contact@fckm.hck.ma	

Important : En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue d'hospitalisation.
En cas d'urgence, ce devis doit être présenté à l'assureur dans les 24 heures suivant l'admission du patient.
Un fois signé par l'assureur, ce devis est valable pour les 30 jours suivant la date de sa signature.

Données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur sont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés. La durée de conservation de ces données

(1) Cachet Intermédiaire en cas des retraités

(2) Pour les cliniques disposant de ses unités

(3) À détailler dans le pli confidentiel

(4) Sous réserve de la production d'un certificat de guérison

conformément à la loi 08-09, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A2013/343-.

5556820**Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CASABLANCA**

Réf: Police N° : 1000991624

N°Déclaration : 20596733

Contractante : Saham Assurance

Code maladie : C34

Adhésion N° : 10

Frais engagés : 67 281.05 DHS

Assuré Primaire : Mohamed Hilal Kabbaj

Date de survenance : 21/02/2023

Personne Traitée : Mohamed Hilal Kabbaj

Médecin Traitant : MEDECIN DIVERS

N° du bordereau : 893534

Code Médecin : 19954

N° sinistre : 5556820

Ville (Médecin) : CASABLANCA

Date réception : 21/02/2023

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 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	

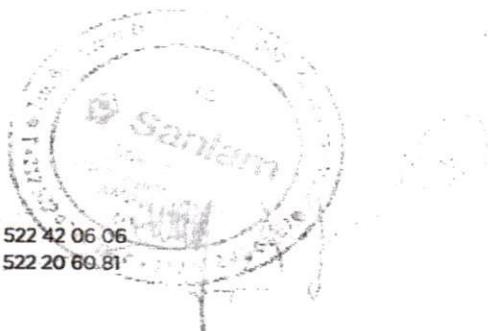
Direction Indemnisation Soins de Santé

Assurance Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc

 216, Boulevard Zerkouni | 20 000
 Casablanca, Maroc

 Sanlam Maroc - société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social
 de 411.687.400 DH. Entrée en vigueur le 1er juillet 1999. Code des assurances

 T +212 522 42 06 06
 F +212 522 20 60 81


YOUSSEF

DEVIS ESTIMATIF

Date 28/02/2023
N° : 220816152143YO

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Prise en charge : AXA ASSURANCE

Traitements CHIMIOTHERAPIE AMBULATOIRE

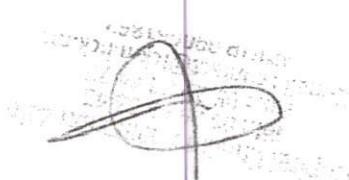
PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR		1		400,00	400,00
SURVEILLANCE CHIMIO		1		375,00	375,00
CONSOMMABLE		1		300,00	300,00
		Sous-Total		1 075,00	
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)		1		80,00	80,00
SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)		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



A handwritten signature is written over a rectangular stamp. The stamp contains the text 'YOUSSEF' at the top, followed by 'DEVIS ESTIMATIF' in the center, and '28/02/2023' at the bottom.

(M - 03/01/1944 - 79 ans - 82 kg - 170 cm - 1,94 m²) - NIP : 151027084342IL

Médecin prescripteur : Docteur SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED (Oncologie Médicale)
Oncologie - Hospitalisation de jour
PEMBROLIZUMAB / Pembro(n°8/24 cure(s)) : J1
Reprise à J : 21

28/02/2023 10:00 **PEMBROLIZUMAB**

Solvant : NACL 100 ml

Statut :
Programmé

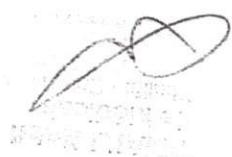
Voie : IV

Dose : 200 mg

Dose théor :
200 mg

28/02/2023 10:09 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :
Programmé



Docteur International Cheikh Khalifa
HOUESSAINI MOHAMMED

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme Kabbaj Nohammed n°1001 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 :

Capinome, épidermoïde pulmonaire métastatique au niveau pleural

TRAITEMENT PROPOSE :

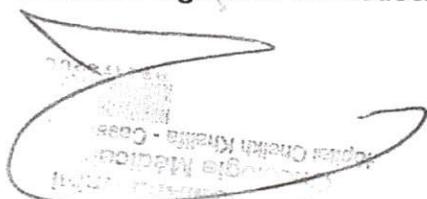
Immunothérapie

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

1 an

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

Casablanca, le 07/02/2023

Cachet et Signature du Médecin

Casablanca le : 07/02/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e)

Certifie que Mr/Mme *Kabbaj Nhan
Hillal*

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, actuellement
dans traitement de maintenance de la première ligne
de traitement par Pembrolizumab*

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

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

Signature

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° : 30375 / 2023 du 28/02/2023

Nom patient	KABBAJ MOHAMMED HILLAL		Entrée	28/02/2023
Prise en charge	SAHAM		Sortie	28/02/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE JOUR	1,00		400,00	400,00
SURVEILLANCE DE CHIMIOTHERAPIE	1,00		375,00	375,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>775,00</i>
PHARMACIE (en sus)	1,00		177,61	177,61
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 203,00	66 203,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>66 380,61</i>
Total Clinique				67 155,61

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	SOIXANTE-SEPT MILLE CENT CINQUANTE-CINQ DIRHAMS SOIXANTE ET UN CENTIMES	Total	67 155,61
<i>Immatriculation :</i> G5139	<i>Adhérent :</i> KABBAJ MOHAMMED HILL	Part organisme	53 582,40
<i>Affiliation :</i>	<i>N° prise en charge :</i> 5556820	Part patient	13 573,21
<i>Cin :</i> G5139			

PNM : 09066323
FAX : 03 32 32 22 43
TEL : 03 32 32 22 43
E-mail : comptes-normandie@wanadoo.fr

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **30375** / **2023** du **28/02/2023**

Nom patient **KABBAJ MOHAMMED HILLAL** Entrée **28/02/2023**
 Prise en charge **SAHAM** Sortie **28/02/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PRESTATIONS				
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE .	1,00		400,00	80,00
SURVEILLANCE DE CHIMIOTHERAPIE	1,00		375,00	75,00
				Sous-Total 155,00
PHARMACIE				
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 203,00	13 240,60
PHARMACIE (en sus)	1,00		177,61	177,61
				Sous-Total 13 418,21

<i>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</i> TREIZE MILLE CINQ CENT SOIXANTE-TREIZE DIRHAMS VINGT ET UN CENTIMES	Total 13 573,21
---	-------------------------------

Total facturé au patient	67 155,61	Encaissements patient
<i>Montant pris en charge par l'organisme</i>	53 582,40	Espèces 0,00
<i>Montant ticket modérateur à charge du patient</i>	13 573,21	Chèque
		Carte bancaire 13 696,21
		Solde -123,00

N°INP 090061867
 E-mail : comptes@fekmijic.ma
 Fax : 05 29 00 44 77
 Tél. 05 23 33 03 67
 Hôpital ~~Dr. H. Ben Zaid~~

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL	N° Facture	30 375	2300643941
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
KEYTRUDA 100 MG INJECTA (01)	2	33 044,00	66 088,00
METHYLPREDNISOLONE 120mg INJECTA (20)	1	35,00	35,00
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)	1	80,00	80,00
Sous-Total médicaments			66 203,00
		Total pharmacie	66 203,00

N°INP 000004967
E-mail : contact@fclkmjfc.be
Télé : 03 29 00 44 77
Fax : 03 23 03 23
Hôpital Sainte-Élisabeth, 1000 Bruxelles



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL		N° Facture	30 375	2300643941
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
AIGUILLE P. INJECTIONS G18		1	0,25	0,25
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5		5	3,54	17,70
GANT DE CHIR. GAMMEX EN LATEX NON POUDRE		3	9,80	29,40
GANT D'EXAMEN EN LATEX POUDRE		6	1,25	7,50
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET		2	5,86	11,72
SERINGUE 10ML		3	1,56	4,68
SERINGUE 20ML		3	2,11	6,33
Sous-Total consommable médical				121,26
Total pharmacie				177,61

E-mail : CONTRAT@ICL.MJ.CCM.MA
 Fax : 02 29 00 44 77
 8, rue 25 00 00 44
 Hôpital Ibn Zaid