

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0048182

156268

☐ 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 : 13.573,21 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 : 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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		

À remplir par la clinique

Nom & prénom du malade **KABBAO JOHANNES HILL**
 N° CIN ou autres (à préciser) **G5139**
 Service d'hospitalisation **Oncologie**
 Médecin traitant **Dr. SKALLI HOUSSAÏNI**
 Motif d'hospitalisation (actes) **chimiothérapie**
 Date d'hospitalisation
 En urgence ou prévue le **28/02/2023.**
 Nbre de pièces jointes Dont certificat médical confidentiel obligatoire

Réservé à l'assureur

Avis technique du médecin conseil ⁽⁴⁾		Sinistre n° <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>
<input type="checkbox"/> Favorable / accord du : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>		
<input type="checkbox"/> Défavorable / motif <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>		
<input type="checkbox"/> Réserves <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>		
Signature et cachet de l'assureur		Cachet et réception

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.

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique

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

Nature des prestations

Actes			
Consommables	Surveillance Chino	1,375	375,00
Actes médicaux			
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / Salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale ⁽²⁾			
Examens (détaillés)			
Radiologie (standard, irm, scanner, écho...)			
Biologie			
Autres (anapatho, E.C.G., E.E.G, Fibro, Colono...)			
Lithotripsie ⁽⁴⁾			
Dialyses			
Fournitures			
Pharmacie			66 206
Matériels ostéosynthèses, Sang, plasma...	Consommable		300,00
Total de l'estimation			67 281

14/02/23

Visa et cachet de la clinique

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
(tel: 05 29 08 53 45)

Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: info@univ-lyon1.fr

prévue d'hospitalisation

- (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-.

Prise en charge de l'assureur

[illegible]

Ticket Modérateur

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

5556820**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 : 893534
N° sinistre : 5556820
Date réception : 21/02/2023
Date retour :

N°Déclaration : 20596733
Code maladie : C34
Frais engagés : 67 281.05 DHS
Date de survenance : 21/02/2023
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

Assurance Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc
 216, Boulevard Zerktouni | 20 000
 Casablanca, Maroc

Sanlam Maroc - société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social
 de 411 687 400 de DH. Entreprise régie par la loi n° 17-99 relatif aux assurances.

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



DEVIS ESTIMATIF

Date 28/02/2023
N° :220816152143YO

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Prise en charge : **AXA ASSURANCE**

Traitements **CHIMIOOTHERAPIE AMBULATOIRE**

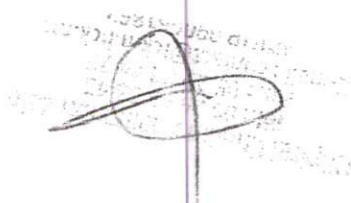
PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR		1		400,00	400,00
SURVEILLANCE CHIMIO		1		375,00	375,00
CONSOMMABLE		1		300,00	300,00
				Sous-Total	1 075,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)		1		80,00	80,00
SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)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



(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

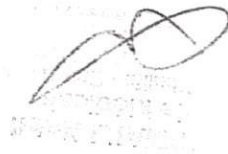
Voie : IV

Dose : 200 mg

Dose théor :
200 mg

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

Statut :
Programmé



MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme Kabbaj Mohammed Hild 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 épidermoïde pulmonaire métastatique au niveau pleurale

TRAITEMENT PROPOSE :

Immunothérapie

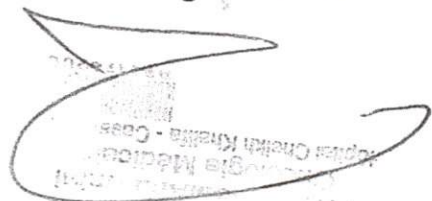
DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

1 an

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

Casablanca, le 27/02/2023

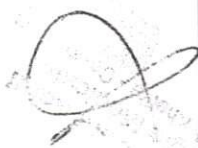
Cachet et Signature du Médecin



Casablanca le : 07/02/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e)



Certifie que Mr/Mme

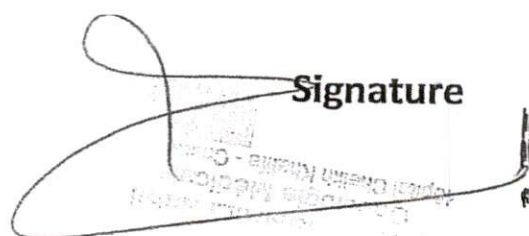
Kabbaj Noham
Hillal

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un Carcinome épidermoïde
pulmonaire métastatique au niveau pleural, actuellement
sans 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

FACTURE

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	Quantité	Total
1	100	10	1000
2	200	5	1000
3	300	3	900
4	400	2	800
5	500	1	500
6	600	1	600
7	700	1	700
8	800	1	800
9	900	1	900
10	1000	1	1000
11	1100	1	1100
12	1200	1	1200
13	1300	1	1300
14	1400	1	1400
15	1500	1	1500
16	1600	1	1600
17	1700	1	1700
18	1800	1	1800
19	1900	1	1900
20	2000	1	2000
21	2100	1	2100
22	2200	1	2200
23	2300	1	2300
24	2400	1	2400
25	2500	1	2500
26	2600	1	2600
27	2700	1	2700
28	2800	1	2800
29	2900	1	2900
30	3000	1	3000
31	3100	1	3100
32	3200	1	3200
33	3300	1	3300
34	3400	1	3400
35	3500	1	3500
36	3600	1	3600
37	3700	1	3700
38	3800	1	3800
39	3900	1	3900
40	4000	1	4000
41	4100	1	4100
42	4200	1	4200
43	4300	1	4300
44	4400	1	4400
45	4500	1	4500
46	4600	1	4600
47	4700	1	4700
48	4800	1	4800
49	4900	1	4900
50	5000	1	5000
51	5100	1	5100
52	5200	1	5200
53	5300	1	5300
54	5400	1	5400
55	5500	1	5500
56	5600	1	5600
57	5700	1	5700
58	5800	1	5800
59	5900	1	5900
60	6000	1	6000
61	6100	1	6100
62	6200	1	6200
63	6300	1	6300
64	6400	1	6400
65	6500	1	6500
66	6600	1	6600
67	6700	1	6700
68	6800	1	6800
69	6900	1	6900
70	7000	1	7000
71	7100	1	7100
72	7200	1	7200
73	7300	1	7300
74	7400	1	7400
75	7500	1	7500
76	7600	1	7600
77	7700	1	7700
78	7800	1	7800
79	7900	1	7900
80	8000	1	8000
81	8100	1	8100
82	8200	1	8200
83	8300	1	8300
84	8400	1	8400
85	8500	1	8500
86	8600	1	8600
87	8700	1	8700
88	8800	1	8800
89	8900	1	8900
90	9000	1	9000
91	9100	1	9100
92	9200	1	9200
93	9300	1	9300
94	9400	1	9400
95	9500	1	9500
96	9600	1	9600
97	9700	1	9700

Montant

SEANCE DE CHIMIOOTHERAPIE EN HÔPITAL DE JOUR

1,00

400,00

400.00

SURVEILLANCE DE CHIMIOTHERAPIE

1,00

375,00

375.00

Sous-Total

775,00

PHARMACIE (en sus)

1,00

177,61

177,61

PHARMACIE (médicaments)

1,00

66 203,00

66 203,00

Sous-Total

66 380,61

Total Clinique

67 155,61

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SOIXANTE-SEPT MILLE CENT CINQUANTE-CINQ DIRHAMS SOIXANTE ET UN CENTIMES

Total

67 155,61

Immatriculation :G5139

Adhérent : KABBAJ MOHAMMED HILL

Affiliation :

N° prise en charge : 5556820

Cin : G5139

Part organisme

53 582,40

Part patient

13 573,21

~~CONFIDENTIAL~~

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
<i>PRESTATIONS</i>				
SEANCE DE CHIMIOThERAPIE EN HÔPITAL DE . SURVEILLANCE DE CHIMIOThERAPIE	1,00		400,00	80,00
	1,00		375,00	75,00
			Sous-Total	155,00
<i>PHARMACIE</i>				
PHARMACIE (médicaments) PHARMACIE (en sus)	1,00		66 203,00	13 240,60
	1,00		177,61	177,61
			Sous-Total	13 418,21

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

Total facturé au patient

67 155,61

Montant pris en charge par l'organisme

53 582,40

Montant ticket modérateur à charge du patient

13 573,21

Encaissements patient

Espèces 0,00

Chèque

Carte bancaire 13 696,21

Solde -123,00

Hôpital Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 53 45
 E-mail: contact@hick.ma
 N°INP 090061862

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL N° Facture 30 375 2300643941

Produit	Quantité	Prix Unitaire	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

Hôpital
N°INP 0000000000
E-mail : contact@fckm.hc
Fax : 03 29 00 44 77

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

Hôpital Ibn Zaid
 E-mail: contact@ickm.hck.mg
 Fax: 02 29 00 44 17
 01 29 00 44 17