

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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 : **Rés. Raoud El Aghar Rue Ibnou Hazzem Apt B102 Maavif Extension**

Tél. :

Total des frais engagés : **13.697,00**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Complément PEC**

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

Age : **31 AOUT 2023**

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 : **30/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**

## 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**

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

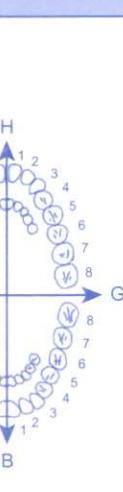
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'ODP.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

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 :

**A remplir par l'employeur**

Identité :	N° de police
Cachet de l'employeur	N° d'adhésion
<b>Assuré(e)</b> Nom & prénom(s) :	
<b>Malade</b> Nom & prénom(s) :	
Lien de parenté :	
Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**A remplir par la clinique ou polyclinique**

Nom & prénom(s) du malade :	KABBA F MOHAMMED HIL	
N° C.I.N. ou autres (à préciser) :	G 5135	
Service d'hospitalisation :	Pneumologie	
Médecin traitant :	Dr S & A. Ali Haussardji N°	
Motif d'hospitalisation (actes) :	Chirothérapie	
Date d'hospitalisation	20/07/2023	
En urgence le	X	
ou prévue le	20/07/2023	
Nbre de pièce(s) jointe(s)	1	
	dont certificat médical confidentiel obligatoire	

## Réserve à l'assureur

**Sinistre N°**

#### Avis technique du médecin conseil

- Favorable / Accord du
  - Défavorable / Motif
  - Réserves

### Signature et cachet de l'Assureur

### Cachet réception

Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

## **Clause « Protection des données personnelles »**

Les données personnelles demandées par l'assureur ont 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 est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure à leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés. L'assureur garantit notamment 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. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

#### - Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique

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

### Estimation de l'Assureur

Nature des prestations	Cotation	P.U	Total H.T
Actes			
Consultations			
<del>Surveillance</del> <i>Surveillance</i> à <i>classe</i>	<i>1 x 375</i>	<i>375,-</i>	
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale <sup>(2)</sup>			
Examens (Détaillés)			
Radiologie (standard. IRM. scanner. écho...)			
Biologie			
Autres (anapathé. ECG. EEG. Fibro. Colono...)			
Lithotripsie <sup>(3)</sup>			
Dialyses			
Fournitures			
Pharmacie			<i>6660,-</i>
<del>Matériel de soins, anesthésie, etc.</del> <i>Conseil</i>	<i>300,-</i>		
<b>Total de l'estimation</b>			<i>6781,-</i>
Fait à <i>Caen</i> le <i>06/07/23</i>			

**Total estimé de la prise en charge**

### Part du malade

*Hôpital* Montant pris en charge par l'assurance/achat de la clinique

~~Visite/cocktail de la clinique~~  
Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Tél. : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : [contact@ckm.hck.ma](mailto:contact@ckm.hck.ma)  
~~05 29 00 06 18 62~~

### — Important

En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue.  
En cas d'urgence, ce devis doit être présenté à l'assureur dans les 24 heures suivant l'admission du patient.

Une fois signé par l'assureur, ce devis est valable pour les 30 jours suivant la date de sa signature, passé ce délai, il de

- (1) Pour les cliniques disposant de ces unités
  - (2) À détailler dans le pil confidentiel
  - (3) Forfait avec RX avant et après

Décompte mon encore  
reçu de la Cie  
d'assurance.

Sera ajouté dès réception

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE** N° **104780** / **2023** du **27/07/2023**

Nom patient **KABBAJ MOHAMMED HILLAL** Entrée **27/07/2023**  
 Prise en charge **SAHAM** Sortie **27/07/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
<b>PRESTATIONS</b>				
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE .	1,00		400,00	<b>80,01</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>80,01</b>
<b>PHARMACIE</b>				
PHARMACIE (en sus)	1,00		138,99	<b>138,99</b>
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 088,00	<b>13 218,43</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>13 357,42</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00	F	375,00	<b>75,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>75,00</b>

<i>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</i>  TREIZE MILLE CINQ CENT DOUZE DIRHAMS QUARANTE-TROIS CENTIMES	<b>Total</b> <b>13 512,43</b>
--	-------------------------------

	<i>Encaissements patient</i>
<b>Total facturé au patient</b>	<b>67 001,99</b>
<i>Montant pris en charge par l'organisme</i>	<b>53 489,56</b>
<i>Montant ticket modérateur à charge du patient</i>	<b>13 512,43</b>
<i>Espèces</i>	<b>0,00</b>
<i>Chèque</i>	
<i>Carte bancaire</i>	<b>13 697,00</b>
<i>Solde</i>	<b>-184,57</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@fckm-hk.men  
 N°IND 090061862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 104 780 / 2023 du 27/07/2023

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Entrée 27/07/2023

Prise en charge : SAHAM

Sortie 27/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE JOUR	1,00		400,00 Sous-Total	400,00 400,00
PHARMACIE (en sus) PHARMACIE (médicaments)	1,00 1,00		138,99 66 088,00 Sous-Total	138,99 66 088,00 66 226,99
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>66 626,99</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00 F		375,00 Sous-Total	375,00 375,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>375,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SOIXANTE-SEPT MILLE UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-NEUF CENTIMES	<b>Total</b>	<b>67 001,99</b>
Immatriculation <b>G5139</b>	N° prise en charge	
Affiliation	<b>5683638</b>	Part organisme <b>53 489,56</b> Part patient <b>13 512,43</b>

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	<b>13 697,00</b>	<b>13 697,00</b>	<b>53 304,99</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026  
 E-mail : contact@ckm.hck.mr  
 Aéroport Ouarzazate

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## DEVIS ESTIMATIF

Date 27/07/2023  
N° : 220816152143YO

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Prise en charge : SAHAM

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@fekm.hck.ma  
N°INPI : 080031252

**Nom de naissance: KABBAJ Nom: KABBAJ MOHAMMED HILLAL**  
(M - 03/01/1944 - 79 ans - - - ) - NIP : 151027084342IL

Médecin prescripteur : Docteur SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED (Oncologie Médicale)  
Oncologie - Hospitalisation de jour  
**PEMBROLIZUMAB / Pembro(n°11/24 cure(s)) : J1**  
Reprise à J : 21

27/07/2023 10:00 **PEMBROLIZUMAB**

Solvant : NACL 100 ml

Statut :	Voie : IV	Dose : 200 mg	Dose théor :
Programmé			200 mg

27/07/2023 10:09 CHIMIOTHERAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :  
Programmé

27/07/2023 10:10 FC + PA + Temp : niv1

Statut :  
Programmé

27/07/2023 10:20 INFIRMIERE : Rincer la voie d'abord

Statut :  
Programmé



Casablanca le : 06/07/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e) Certifie M/Mme KABBAJ  
Mohammed Hilel  
est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

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

Carcinome épi dermoïde à composante muineuse  
pulmonaire métastatique au niveau pleural, nécessitant  
un traitement par pembrolizumab (Keytruda 200mg)

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

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

Signature

## MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant Mr/Mme ...KABBAJ... Mohammed 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 à composante mucineuse pulmonaire métastatique au niveau pleural, nécessitant un traitement par Pembrolizumab.

#### TRAITEMENT PROPOSE :

Keytruda 200 mg inj

#### 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 06/07/2023

### Cachet et Signature du Médecin

**Cachet et Signature du Médecin**

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

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	67 281.00	NA	NA	66 981.00	NA	%	
<b>Totaux</b>	<b>67 281.00</b>			<b>66 981.00</b>			<b>53 584.80</b>

**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
<b>Totaux</b>	<b>300.00</b>	

**Direction Indemnisation Soins de Santé**



\* 568 3638

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
CASABLANCA

↓

Réf: Police N°	:	1000991624	N°Déclaration	:	71363346
Contractante	:	Saham Assurance	Code maladie	:	C34
Adhésion N°	:	10	Frais engagés	:	67 281.00 DHS
Assuré Primaire	:	Kabbaj Mohamed Hilal	Date de survenance	:	12/07/2023
Personne Traitée	:	Kabbaj Mohamed Hilal	Médecin Traitant	:	MEDECIN DIVERS
N° du bordereau	:	916833	Code Médecin	:	19954
N° sinistre	:	5683638	Ville (Médecin)	:	CASABLANCA
Date réception	:	12/07/2023	Spécialité	:	Divers
Date retour	:				

Objet : AccordATTESTATION 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 : **Kabbaj Mohamed Hilal** bénéficia 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 : **53 584.80**

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



## Reçu de caisse

N° : 23071813372585704 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300717630	KABBAJ MOHAMMED HILL	18/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000298	13 697,00
SAHAM	Total payé	13 697,00
TREIZE MILLE SIX CENT Q		

Reçu établi par : SAMHAT





مركز التقدیمات

## ACHAT

18/07/23 12:32:16  
9900964876 99648701

**HOP CHEIKH KHALIFA M3**

Casablanca

A0000000031010 -

\*\*\*\*\*7556 Visa

CARTE LOCALE 601-0-9999-1-44

**MONTANT : 13697,00 MAD**

Num Transaction : 004

Num Autorisation : 593491

STAN : 000298

---

TICKET CLIENT