

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0048187

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société : 173280  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENNIS FARIDA  
Date de naissance :  
Adresse : Rés. Raoud El Azhar Rue Ibnou Hazem  
Apt B 102 Taârif Extension  
Tél. : Total des frais engagés : 13.696,21 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément PEC

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 : 30/08/2023

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

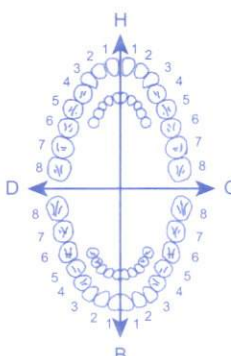
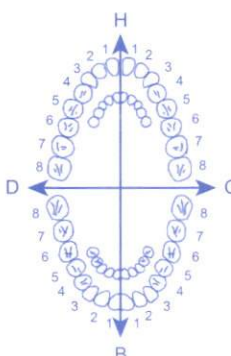
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      25533412                      00000000                      00000000                      35533411                 </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      21433552                      00000000                      00000000                      11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Décompte non encore  
reçu de la Cie d'assurance.  
Sera ajouté dès réception.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 2306271200556290, / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300707989	KABBAJ MOHAMMED HILL	27/06/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000361	13 696,21
SAHAM	Total payé	13 696,21
TREIZE MILLE SIX CENT Q		

Reçu établi par : FAT.AAT



## HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE**    N°    **94007**    /    **2023**    du **06/07/2023**

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée 06/07/2023

Prise en charge **SAHAM**

Sortie 06/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
<i>PRESTATIONS</i>				
SEANCE DE CHIMIOThERAPIE EN HÔPITAL DE . SURVEILLANCE DE CHIMIOThERAPIE	1,00		400,00	81,43
	1,00		375,00	76,34
			<b>Sous-Total</b>	<b>157,76</b>
<i>PHARMACIE</i>				
PHARMACIE (en sus) PHARMACIE (médicaments)	1,00		132,79	27,03
	1,00		66 088,00	13 453,34
			<b>Sous-Total</b>	<b>13 480,38</b>

**Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :**

TREIZE MILLE SIX CENT TRENTE-HUIT DIRHAMS QUATORZE CENTIMES

<b>Total</b>	<b>13 638,14</b>
--------------	------------------

Total facturé au patient	66 995,79
Montant pris en charge par l'organisme	53 357,65
Montant ticket modérateur à charge du patient	13 638,14

### Encaissements patient

Espèces	0,00
Chèque	
Carte bancaire	13 696,21
<b>Solde</b>	<b>-58,07</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
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 06 18 62

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 94007 / 2023 du 06/07/2023

Nom patient	KABBAJ MOHAMMED HILLAL	Entrée	06/07/2023
Prise en charge	SAHAM	Sortie	06/07/2023

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>	775,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		132,79	132,79
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 088,00	66 088,00
			<i>Sous-Total</i>	66 220,79
<b>Total Clinique</b>				<b>66 995,79</b>

<b>Arrêtée la présente facture à la somme de :</b>		<b>Total</b>	<b>66 995,79</b>
SOIXANTE-SIX MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGT-QUINZE DIRHAMS SOIXANTE-DIX-NEUF CENTIMES			
Immatriculation : G5139	Adhérent : KABBAJ MOHAMMED HILL	Part organisme	53 357,65
Affiliation :	N° prise en charge : 5664685	Part patient	13 638,14
Cin : Q5139			

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

# ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL	N° Facture 94 007	2300707989
--------------------------------------	-------------------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
KEYTRUDA 100 MG INJECTA (01)	2	33 044,00	66 088,00
Sous-Total médicaments			66 088,00
		Total pharmacie	66 088,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 02 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.ma  
N° 188-980041867



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 :  
Programmé

Voie : IV

Dose : 200 mg

Dose théor :  
200 mg

27/07/2023 10:09 CHIMIOTHÉRAPIE 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





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Casablanca le : 15/06/2023

## Compte Rendu



Je soussigné (e)

Certifie Mr/Mme

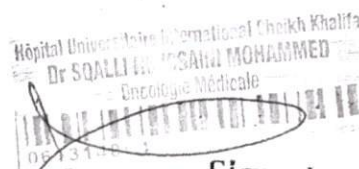
*Kabbaj*  
*Mohammed Hilla*

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  
sous traitement d'entretien 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

PLI CONFIDENTIEL

Code : AAEN0400

**MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL**

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mme Labbaj Mohammed Hikal 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 pleural

TRAITEMENT PROPOSE :

Pembrolizumab

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 15/06/2023

Cachet et Signature du Médecin

  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr SADI HADDAD  
Oncologie Médicale

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°10/24 cure(s)) : J1**  
Reprise à J : 21

06/07/2023 10:00 **PEMBROLIZUMAB**

Solvant : NACL 100 ml

Statut :  
Programmé

Voie : IV

Dose : 200 mg

Dose théor :  
200 mg

06/07/2023 10:09 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :  
Programmé

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED  
Oncologie Médicale  
151027084342IL



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## DEVIS ESTIMATIF

Date 06/07/2023

N° : 220816152143YO

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Prise en charge : SAHAM

Traitements CHIMIOThERAPIE AMBULATOIRE

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR SURVEILLANCE CHIMIO CONSOMMABLE		1		400,00	400,00
		1		375,00	375,00
		1		300,00	300,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>1 075,00</b>
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05) SOLUMEDROL 120mg Injecta (01) KEYTRUDA 100MG INJECTA (01)		1		80,00	80,00
		1		38,05	38,05
		2		33 044,00	66 088,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>66 206,05</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :

Total devis

67 281,05

SOIXANTE-SEPT MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS CINQ CENTIMES

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Tel: 05 29 03 53 45

Fax: 05 29 00 44 77

Mail: contact@fckm.hck.ma

05 29 00 06 51 62

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	67 281.05	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



**\*5664685\*****Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
CASABLANCA**

Réf: Police N°	: 1000991624	N°Déclaration	: 71182242
Contractante	: Saham Assurance	Code maladie	: C34
Adhésion N°	: 10	Frais engagés	: 67 281.05 DHS
Assuré Primaire	: Kabbaj Mohamed Hilal	Date de survenance	: 20/06/2023
Personne Traitée	: Kabbaj Mohamed Hilal	Médecin Traitant	: CLINIQUE DU CENTR
N° du bordereau	: 913503	Code Médecin	: 34091
N° sinistre	: 5664685	Ville (Médecin)	: CASABLANCA
Date réception	: 20/06/2023	Spécialité	: CLINIQUE
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 ZERKTOUNI-Casablanca, certifions par la présente que M. ou Mme : **Kabbaj Mohamed Hilal** 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**

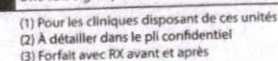
Notre règlement interviendra sur présentation de votre facture accompagnée de la présente prise en charge, des PPV et des prospectus relatifs aux frais pharmaceutiques, des notes d'honoraires et des résultats des examens et radios effectués, ainsi que le compte rendu d'hospitalisation.

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**







مركز النقديات

ACHAT

27/06/23

10:57:04

9900964934

99649301

**HOP CHEIKH KHALIFA M7**

Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\*7556

Visa

CARTE LOCALE

601-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**13696,21 MAD**

Num Transaction

: 009

Num Autorisation

: 478163

STAN

: 000361

---

TICKET CLIENT