

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.

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 Tlaârif 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 : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

30 AOUT 2023

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) : 

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODF.

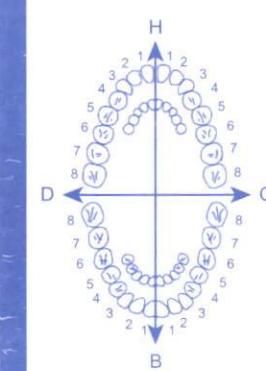
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction] ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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 : FATAAT



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
PRESTATIONS				
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE .	1,00		400,00	81,43
SURVEILLANCE DE CHIMIOTHERAPIE	1,00		375,00	76,34
				Sous-Total 157,76
PHARMACIE				
PHARMACIE (en sus)	1,00		132,79	27,03
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 088,00	13 453,34
				Sous-Total 13 480,38

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

TREIZE MILLE SIX CENT TRENTÉ-HUIT DIRHAMS QUATORZE CENTIMES

Total **13 638,14**

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
Solde	-58,07

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@fckm.hck.ma
 05 29 00 44 77

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
Total Clinique				66 995,79

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	66 995,79
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 : Cin : Q5139	N° prise en charge : 5664685	Part patient	13 638,14

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

ANNEXE PHARMACIE

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

Produit	Quantité	Prix Unitair	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 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INS: 0000041887

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

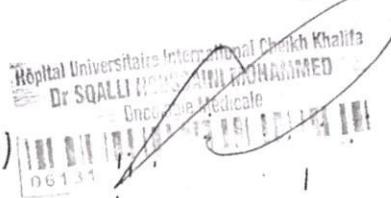


HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
FORMING FORMATION RECHERCHE

Casablanca le : 15/06/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e)



Certifie Mr/Mme Rabha

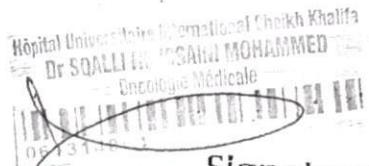
Mohammed Hillal

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un Carcinome pulmonaire métastatique au niveau plénal, 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

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme Kabir Mohammed Hilal 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 pulmonaire métastatique
au niveau pleural

TRAITEMENT PROPOSE :

Pembrolizumab

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

1 Cine

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



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 :

Statut :
Programmé

A handwritten signature in black ink on a white background. The text reads "Dr. SOALLI H.C. SAIKI MOHAMMED" above "Oncopedia Medical" and "Hospital Universitaire International Chaikh Khalifa" at the top. A large, irregular red oval stamp is placed over the entire signature, obscuring some of the text.

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		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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
Email: contact@fckm.ck.ma
05 29 00 00 62 X 62

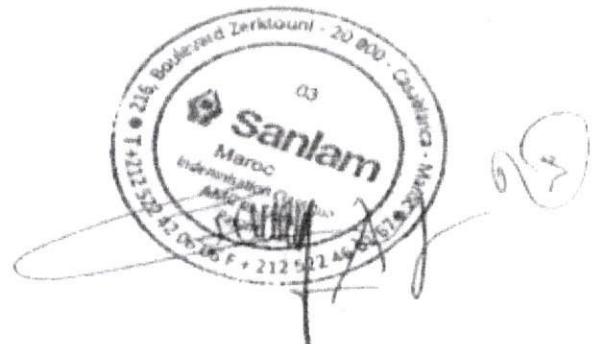
Estimation du coût de l'hospitalisation par l'assureur de Kabbaj Mohamed Hilal

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**

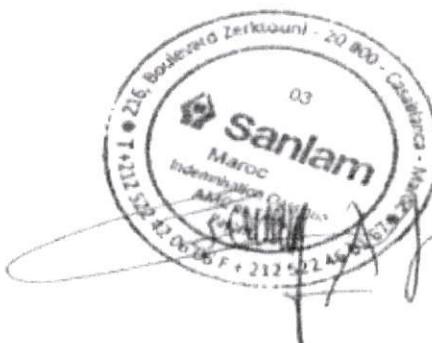
Nous soussignés, Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard ZERKOUNI-Casablanca, certifions par la présente que M. ou Mme : **Kabbaj Mohamed Hilal** bénéficie de la garantie Maladie-Maternité du contrat cité en objet.

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 المغامرات

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