

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie
M22- 0048190

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

- 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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : 175881
Nom & Prénom : BENNIS FARIDA
Date de naissance :
Adresse : Rés. Raoud EL Azhar Rue Ibnou Hazem
Apt B102 Taârif Extension Casablanca
Tél. : Total des frais engagés : 7231,00 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 : 20/09/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

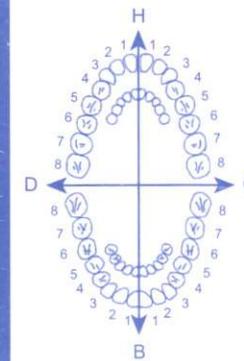
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



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

	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

* 570084

1 ↓

Réf: Police N° : 1000991624
Contractante : Saham Assurance
Adhésion N° : 10
Assuré Primaire : Kabbaj Mohamed Hilal
Personne Traitée : Kabbaj Mohamed Hilal
N° du bordereau : 920088
N° sinistre : 5700841
Date réception : 02/08/2023
Date retour :
Objet : Accord

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CASABLANCA

N°Déclaration : 71363543
Code maladie : C34
Frais engagés : 67 281.05 DHS
Date de survenance : 27/07/2023
Médecin Traitant : MEDECIN DIVERS
Code Médecin : 19954
Ville (Médecin) : CASABLANCA
Spécialité : Divers

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 : **60 049.08**

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 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			60 049.08

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



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DEVIS ESTIMATIF

Date 24/08/2023
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	
				Sous-Total	1 075,00
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	
				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
E-mail: contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862

Nom de naissance: KABBAJ Nom: KABBAJ MOHAMMED HILLAL
(M - 03/01/1944 - 79 ans - 75 kg - 170 cm - 1,86 m²) - NIP : 151027084342IL

Médecin prescripteur : Docteur SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED (Oncologie Médicale)
Oncologie - Hospitalisation de jour
PEMBROLIZUMAB / Pembro(n°12/24 cure(s)) : J1
Reprise à J : 21

24/08/2023 10:00 PEMBROLIZUMAB

Solvant : NACL 100 ml

Statut :

Programmé

Voie : IV

Dose : 200 mg

Dose théor :
200 mg

24/08/2023 10:09 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :

Programmé

24/08/2023 10:10 FC + PA + Temp : niv1

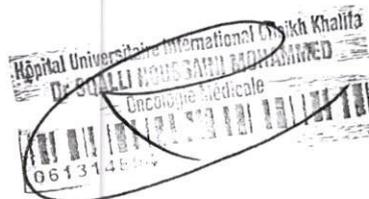
Statut :

Programmé

24/08/2023 10:20 INFIRMIERE : Rincer la voie d'abord

Statut :

Programmé



PLI CONFIDENTIEL

Hôpital
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
SOINS FORMATION RECHERCHE

Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme Kabbaj Mohammed Hellaal 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

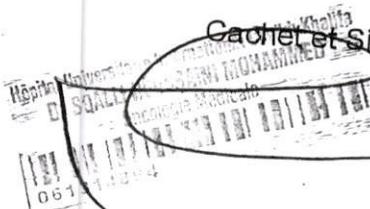
DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

1 ane

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

Casablanca, le 27/02/23

Cachet et Signature du Médecin





Casablanca le : 27/07/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e)



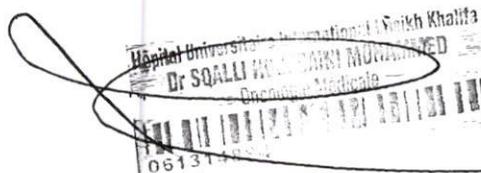
Certifié Mr/Mme *Kabbaj Noham*
Hilal

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 de maintenance
de première ligne 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

F A C T U R E

N° 120 767 / 2023 du 30/08/2023

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée 30/08/2023

Prise en charge : **SAHAM**

Sortie 30/08/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
SEANCE DE CHIMIOThERAPIE 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		124,60	124,60
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 088,00	66 088,00
			Sous-Total	66 212,60
Total Frais Clinique				66 987,60

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		Total	66 987,60
SOIXANTE-SIX MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGT-SEPT DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES			
Immatriculation G5139	N° prise en charge	Part organisme	59 787,04
Affiliation	570084	Part patient	7 200,56

Encassements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		7 231,00	7 231,00	59 756,60

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 Email: contact@fckm.hck.ma
 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **120767** / 2023 du **30/08/2023**

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée **30/08/2023**

Prise en charge **SAHAM**

Sortie **30/08/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PRESTATIONS				
SEANCE DE CHIMIOThERAPIE EN HÔPITAL DE . SURVEILLANCE DE CHIMIOThERAPIE	1,00		400,00	43,00
	1,00		375,00	40,31
			Sous-Total	83,31
PHARMACIE				
PHARMACIE (en sus) PHARMACIE (médicaments)	1,00		124,60	13,39
	1,00		66 088,00	7 103,87
			Sous-Total	7 117,26

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de : SEPT MILLE DEUX CENTS DIRHAMS CINQUANTE-SIX CENTIMES	Total	7 200,56
--	--------------	-----------------

Total facturé au patient
Montant pris en charge par l'organisme
Montant ticket modérateur à charge du patient

66 987,60
59 787,04
7 200,56

Encaissements patient

Espèces **0,00**
Chèque
Carte bancaire **7 231,00**
Solde **-30,44**


Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
Email: contact@fckm.hck.ma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 23080713160911190 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300727613	KABBAJ MOHAMMED HILL	07/08/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	00698	7 231,00
SAHAM	Total payé	7 231,00
SEPT MILLE DEUX CENT TR		

Reçu établi par : AZLOUA





مركز النقديات

ACHAT

07/08/23

12:10:31

9900964934

99649301

HOP CHEIKH KHALIFA M7

Casablanca

A0000000031010

*****7556

Visa

CARTE LOCALE

601-0-9999-1-44

MONTANT :

7231,00 MAD

Num Transaction

: 003

Num Autorisation

: 905632

STAN

: 000698

TICKET CLIENT