

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0048190

☐ 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 Maarif 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) :

### 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

A M      P C      I M      I V

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

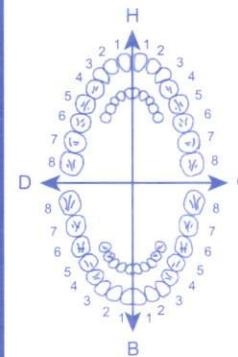
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

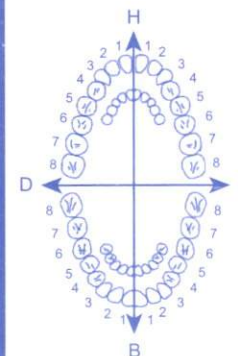
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Manque le décompte  
Sera remis dès  
obtention de la  
Cie d'assurance

Nom de la clinique : <u>HOK</u>	Code F.M.S.A.R. : .....
Adresse : .....	Dossier médical N° : .....
Tél. : .....	N° chambre : .....
Fax : .....	

## Dossier de prise en charge

(3 Feuilles à adresser à la compagnie)

N° de police

N° d'adhésion

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

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

### Estimation de l'Assureur

Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant pris en charge

### A remplir par la clinique ou polyclinique

Nom & prénom(s) du malade : KABBAJ JOHANNES HILAL  
N° C.I.N ou autres (à préciser) : 65139  
Service d'hospitalisation : Oncologie  
Médecin traitant : Dr. SOALLI HOUSSEIN: JOHANNES  
Motif d'hospitalisation (actes) : Chimiothérapie

Date d'hospitalisation                  

En urgence le                  

ou prévue le 24 08 2023

Nbre de pièce(s) jointe(s)    dont certificat médical confidentiel obligatoire

### Réservé à l'assureur

Sinistre N°

#### Avis technique du médecin conseil

☐ Favorable / Accord du

☐ Défavorable / Motif

☐ Réserves

Signature et cachet de l'Assureur

Cachet réception

### Nature des prestations

Nature des prestations	Cotation	P.U	Total H.T
Actes			
Consultations			
<del>Actes médicaux</del> Surveillance chimio	1x375		375,00
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale <sup>(2)</sup>			

### Examens (Détailés)

Radiologie (standard. IRM. scanner. écho...)			
Biologie			
Autres (anapath. ECG. EEG. Fibro. Colono...)			
Lithotripsie <sup>(3)</sup>			
Dialyses			

### Fournitures

Pharmacie			66206,00
Matériels ostéo-synthèse (sang plasma) consommable			309,00
Total de l'estimation			67281,00

Fait à Ch. S. 1 Le 27/07/23

Montant pris en charge (en lettres)

Total estimé de la prise en charge

Part du malade

Visa et cachet de la clinique

Le 27/07/23  
E-mail : contact@hok.ma  
Fax : 05 29 00 44 77  
Tel : 05 29 03 53 45  
Dr. Zaid

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

(1) Pour les cliniques disposant de ces unités

(2) A détailler dans le pli confidentiel

(3) Forfait avec RX avant et après

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

\* 57 00 84

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

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
				<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 :

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 m<sup>2</sup>) - 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

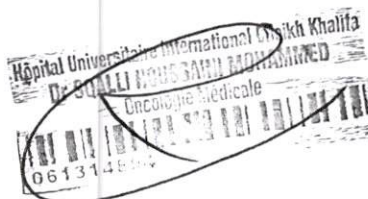
Statut :

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 Hicham 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

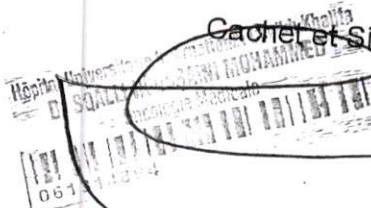
DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

1 An

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

Casablanca, le 27.07.2023

Cachet et Signature du Médecin







HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Casablanca le : 27/07/2023

### Compte Rendu

Je soussigné (e)



Certifie Mr/Mme

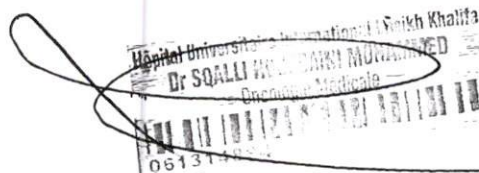
Kabbaj Mohammed  
Hilal

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
PRESTATIONS INTERNES				
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

Arrêtée la présente facture à la somme de :		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

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 44 77  
 Email: contact@fckm.hck.ma  
 N° INP 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
<b>PRESTATIONS</b>				
SEANCE DE CHIMIOThERAPIE EN HÔPITAL DE . SURVEILLANCE DE CHIMIOThERAPIE	1,00		400,00	43,00
	1,00		375,00	40,31
			<b>Sous-Total</b>	<b>83,31</b>
<b>PHARMACIE</b>				
PHARMACIE (en sus) PHARMACIE (médicaments)	1,00		124,60	13,39
	1,00		66 088,00	7 103,87
			<b>Sous-Total</b>	<b>7 117,26</b>

**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**

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54  
N° INP 090061862, N° ICE 001740003000026  
Email: contact@fckm.hck.mu  
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