

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0052951

☐ 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 Azhar Rue Ibnou Hazem  
Apt B 102 Maârif Extension Casablanca  
Tél. : Total des frais engagés : 6998,13 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément Manque le P.E.C. décompte - sera ajouté dès qu'il sera remis  
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 / 12 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

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

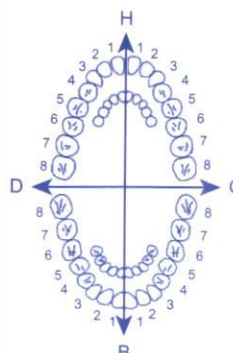
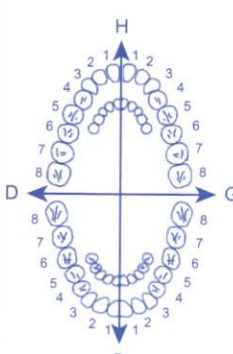
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 <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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2310121227058571 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300760979	KABBAJ MOHAMMED HILL	12/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	001491 Lui-même	6 998,13
SAHAM	Total payé	6 998,13
SIX MILLE NEUF CENT QUA		

Reçu établi par : SAM.HAT





مركز النقديات

ACHAT

12/10/23

11:17:08

9900964934

99649301

**HOP CHEIKH KHALIFA M7**

Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\*7556

Visa

CARTE LOCALE

221-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**6998,13 MAD**

Num Transaction

: 006

Num Autorisation

: 331986

STAN

: 001491

---

TICKET CLIENT

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE** N° **154321** / **2023** du **01/11/2023**

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée **01/11/2023**

Prise en charge **SAHAM**

Sortie **01/11/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
<b>PRESTATIONS</b>				
SEANCE DE CHIMIOOTHERAPIE EN HÔPITAL DE .	1,00		400,00	40,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>40,00</b>
<b>PHARMACIE</b>				
PHARMACIE (en sus)	1,00		236,96	236,96
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 088,00	6 608,80
			<b>Sous-Total</b>	<b>6 845,76</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00	F	375,00	37,50
			<b>Sous-Total</b>	<b>37,50</b>

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

SIX MILLE NEUF CENT VINGT-TROIS DIRHAMS VINGT-SIX CENTIMES

**Total 6 923,26**

**Total facturé au patient 67 099,96**  
**Montant pris en charge par l'organisme 60 176,70**  
**Montant ticket modérateur à charge du patient 6 923,26**

## Encaissements patient

**Espèces 0,00**  
**Chèque**  
**Carte bancaire 6 998,13**  
**Solde -74,87**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54  
 E-mail: contact@ckm.kcm.ma  
 N°INP 090061862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 154321 / 2023 du 01/11/2023

Nom patient	KABBAJ MOHAMMED HILLAL	Entrée	01/11/2023
Prise en charge	SAHAM	Sortie	01/11/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEANCE DE CHIMIOThERAPIE EN HÔPITAL DE JOUR	1,00		400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	400,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		236,96	236,96
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 088,00	66 088,00
			<i>Sous-Total</i>	66 324,96
<b>Total Clinique</b>				<b>66 724,96</b>
DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00	F	375,00	375,00
			<i>Sous-Total</i>	375,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>375,00</b>

<b>Arrêtée la présente facture à la somme de :</b>		<b>Total</b>	<b>67 099,96</b>
SOIXANTE-SEPT MILLE QUATRE-VINGT-DIX-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGT-SEIZE CENTIMES			
Immatriculation : G5139	Adhérent : KABBAJ MOHAMMED HILL	Part organisme	60 176,70
Affiliation :	N° prise en charge : 5749267	Part patient	6 923,26
Cin : Q5139			

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@fckn.hck.ma  
 N°IND 000061862

**Nom de naissance: KABBAJ Nom: KABBAJ MOHAMMED HILLAL**  
(M - 03/01/1944 - 79 ans - 85 kg - 175 cm - 2,01 m<sup>2</sup>) - NIP : 151027084342IL

Médecin prescripteur : Docteur SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED (Oncologie Médicale)  
Oncologie - Hospitalisation de jour  
**PEMBROLIZUMAB / Pembro(n°14/24 cure(s)) : J1**  
Reprise à J : 21

01/11/2023 10:00 **PEMBROLIZUMAB**

Solvant : NACL 100 ml

Statut :  
Programmé

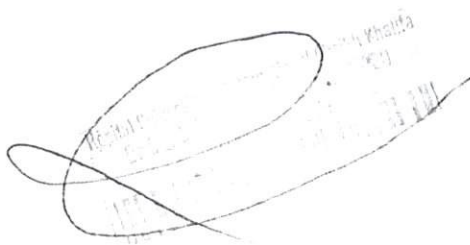
Voie : IV

Dose : 200 mg

Dose théor :  
200 mg

01/11/2023 10:09 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :  
Programmé

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The stamp contains some text, including the name 'Khalida' at the top, but it is mostly illegible due to the signature and the quality of the scan.

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## DEVIS ESTIMATIF

Date 11/11/2023

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
				<b>Sous-Total</b>	<b>1 075,00</b>
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
				<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 03 44 77  
Email: contact@hckm.hck.ma  
0529035345

# **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	%	
<b>Totaux</b>	<b>67 281.05</b>			<b>66 981.05</b>			<b>60 282.95</b>

## **Détail explicatif des soins non remboursés**

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Dépassement anesthésie	300.00	Produits non remboursables
<b>Totaux</b>	<b>300.00</b>	

**Direction Indemnisation Soins de Santé**



\* 57 4 9 2 6 7

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd  
CASABLANCA

Réf: Police N° : 1000991624

Contractante : Saham Assurance

Adhésion N° : 10

Assuré Primaire : Kabbaj Mohamed Hilal

Personne Traitée : Kabbaj Mohamed Hilal

N° du bordereau : 928744

N° sinistre : 5749267

Date réception : 05/10/2023

Date retour : .

N°Déclaration : 70034665

Code maladie : C34

Frais engagés : 67 281.05 DHS

Date de survenance : 05/10/2023

Médecin Traitant : MEDECIN DIVERS

Code Médecin : 1995-

Ville (Médecin) : CASABLANCA

Spécialité : Divers

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 : **60 282.95**

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**

PLI CONFIDENTIEL

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 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 épidermoïde pulmonaire métastatique au niveau  
pulmonal

TRAITEMENT PROPOSE :

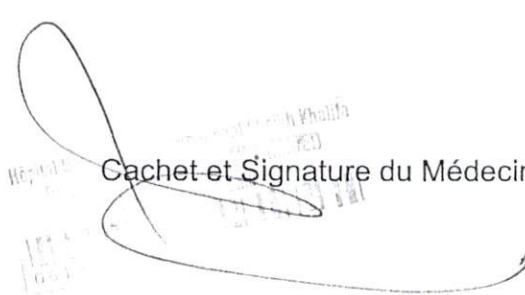
Pembrolizumab

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

A cure

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

Casablanca, le 03.10.2023

  
Cachet et Signature du Médecin



Casablanca le : 03/10/2023

**Compte Rendu**

Je soussigné (e) ..... Certifie que Mr/Mme : Rabbaj .....

Mohammed Hillal âgé de 79 ans ....., est suivie à l'hôpital

Universitaire International Cheikh Khalifa Casablanca dans le cadre de prise

en charge d'un Carcinome épidermoïde pulmonaire métastatique .....

au niveau pleural actuellement sous traitement  
de maintenance 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**

**Remplir par l'employeur**

Cachet de l'employeur	N° de police
	N° d'adhésion

ym(s):

Time (s):

nté: .....

sance 

--	--

--	--

--	--	--	--

emplir par la clinique ou polyclinique.


nom(s) du malade: KARBAÏ MOHAMMED HILWA

Autres (à préciser) : 6513

hospitalisation : oncologie

tant: Dr. SSALI<sup>2</sup> HOUSSA NI OHAO

italisation (actes) : Chimiothérapie

talisation 

11 11 40 2 5

e(s) jointe(s) \_\_\_\_\_ dont certificat médical confidentiel

obligatoire

**servé à l'assureur**

**Je suis le médecin conseil**

e / Accord du

ble / Motif	
-------------	--

et cachet de l'Assureur	Cachet réception
-------------------------	------------------

**Cachet réception**

### 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			

Nature des prestations	Cotation	P.U	Total H.T
Actes			
Consultations			
<del>Actes médicaux</del> <i>surveillance</i>	<i>4375</i>	<i>575,2</i>	
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale <sup>(2)</sup>			

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

Fournitures			
Pharmacie			666,6
Matériels ostéo-synthèse (sang, plasma)	Consommables		300,0
<b>Total de l'estimation</b>			672,8

Fait à C. G. Le 03/10/23

Montant pris en charge (en lettres)

- Visa et cachet de la clinique

- 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.