

# 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
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNIS FARIDA

18 X 3 X

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 par la

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.



20 DEC. 2023

ACCUEIL

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) :

### 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

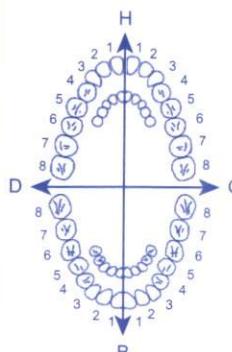
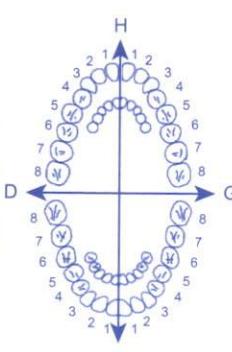
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<b>H</b>	<b>G</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
		25533412 00000000	21433552 00000000	
		35533411	11433553	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b>	MONTANTS DES SOINS		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
		DATE DU DEVIS		
		DATE DE L'EXECUTION		
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

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 التقدیمات

**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	<b>KABBAJ MOHAMMED HILLAL</b>	Entrée	<b>01/11/2023</b>
Prise en charge	<b>SAHAM</b>	Sortie	<b>01/11/2023</b>

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
<b>PRESTATIONS</b>				
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE .	1,00		400,00	<b>40,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>40,00</b>
<b>PHARMACIE</b>				
PHARMACIE (en sus)	1,00		236,96	<b>236,96</b>
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 088,00	<b>6 608,80</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>6 845,76</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00	F	375,00	<b>37,50</b>
			<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	<b>6 923,26</b>
---	-------	-----------------

	<i>Encaissements patient</i>
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
	<i>Espèces</i> 0,00
	<i>Chèque</i>
	<i>Carte bancaire</i> 6 998,13
	<i>Solde</i> -74,87

N°INP 090061862  
 E-mail : Contact@ckm-hk.com.ma  
 Fax : 05 22 89 28 54  
 Tel : 05 29 03 53 45  
 Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

# 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>

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 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 - 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

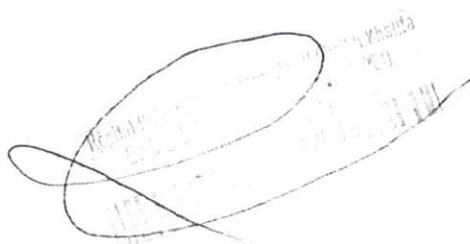
Voie : IV

Dose : 200 mg

Dose théor :  
200 mg

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

Statut :  
Programmé



# 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 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 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 01 44 77  
Email: contact@ckm.hck.ma  
Sous-Total 66 206,05

**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 49 267

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
CASABLANCA

Réf:	Police N°	: 1000991624	N°Déclaration	: 70034665
Contractante		: Saham Assurance	Code maladie	: C34
Adhésion N°		: 10	Frais engagés	: 67 281.05 DHS
Assuré Primaire		: Kabbaj Mohamed Hilal	Date de survenance	: 05/10/2023
Personne Traitée		: Kabbaj Mohamed Hilal	Médecin Traitant	: MEDECIN DIVERS
N° du bordereau		: 928744	Code Médecin	: 1995-
N° sinistre		: 5749267	Ville (Médecin)	: CASABLANCA
Date réception		: 05/10/2023	Spécialité	: Divers
Date retour		:		
<u>Objet :</u>	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 : **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



## MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme Nabilay Nekhamet 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 épithéiod 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 03.10.2023

  
Cachet et Signature du Médecin



Casablanca le : 03/10/2023

Compte Rendu

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

..... Mohamed Hilal âgé de 79 ans, est suivie à l'hôpital

Universitaire International Cheikh Khalifa Casablanca dans le cadre de prise

en charge d'un cancer épidermique pulmonaire métastatique  
au niveau plaval 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

