

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.

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

N° P19- 068293

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 137786
Nom & Prénom : BENNIS FARIDA
Date de naissance :
Adresse : Rés. Racud El Azhar Rue Ibnou Hazem
Apt B 102. Taïnf Extension Casablanca
Tél. : 06 61 31 10 05 Total des frais engagés : 14 473,59 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 :

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 : 17 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

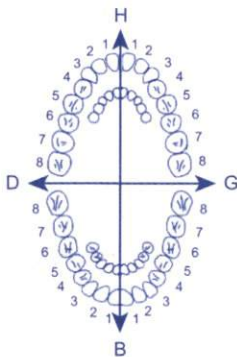
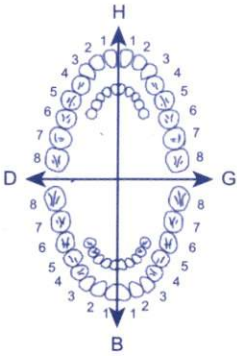
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>								
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CASABLANCA

Réf: Police N° : 1000991624

Contractante : Saham Assurance

Adhésion N° : 10

Assuré Primaire : Mohamed Hilal Kabbaj

Personne Traitée : Mohamed Hilal Kabbaj

N° du bordereau : 871601

N° sinistre : 5433152

Date réception : 07/10/2022

Date retour :

N°Déclaration : 20075879

Code maladie : C34

Frais engagés : 71 271.05 DHS

Date de survenance : 07/10/2022

Médecin Traitant : MEDECIN DIVERS

Code Médecin : 19954

Ville (Médecin) : CASABLANCA

Spécialité : Divers

Objet : Accord

Messieurs

Nous soussignées, compagnie SANLAM Assurance, sise au 216 Bd ZERKTOUNI CASABLANCA MAROC, nous engageons à nous substituer à **Mohamed Hilal Kabbaj**

Pour régler en leur lieu et place le montant des frais occasionnés pour son hospitalisation, sans toutefois dépasser la contre-valeur en Dhs de : **56 776.84**

Il est précisé que le règlement des dits frais sera effectué sur présentation de la copie de la prise en charge, de la facture et des pièces justificatives notamment le compte rendu d'hospitalisation signé par le médecin traitant.

Nous vous en remercions et vous prions d'agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

Direction Indemnisation Soins de Santé

NB : Accord valable un mois à compter de la présente.

Pièce jointe : Déclaration maladie 20075879

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

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	71 271.05	NA	NA	70 971.05	NA	%	
Totaux	71 271.05			70 971.05			56 776.84

Détail explicatif des soins non remboursés		
Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Parapharmacie	300.00	Produits non remboursables
Totaux	300.00	

Direction Indemnisation Soins de Santé

NB : Accord valable un mois à compter de la présente.

Pièce jointe : Déclaration maladie 20075879



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 Khalil Mohammed Hillel 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 :

chimiothérapie + immunothérapie

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 03/09/2022

Cachet et Signature du Médecin





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Casablanca le : 03/10/2022

Compte Rendu

Je soussigné (e)

Certifie Mr/Mme

*Kabbaj Mohammed
Hafal*

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, nécessitant
un traitement par chimiothérapie + immunothérapie*

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

YOUSSEF

DEVIS ESTIMATIF

Date 24/10/2022
N° : 220816152143YO

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Prise en charge : AXA ASSURANCE

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
PACLITAXEL COOPER 100mg/16, INJECTA (01)		3		839,00	2 517,00
PACLITAXEL COOPER 30mg/5ml INJECTA (01)		2		300,00	600,00
ACUCARB 450 mg INJECTA (01)		1		602,00	602,00
ACUCARB 150mg Injecta (01)		1		271,00	271,00
KEYTRUDA 100MG INJECTA (01)		2		33 044,00	66 088,00
				Sous-Total	70 196,05

Arrêté le présent devis à la somme de :

Total devis

71 271,05

SOIXANTE ET ONZE MILLE DEUX CENT SOIXANTE ET ONZE DIRHAMS CINQ CENTIMES

Nom de naissance: KABBAJ Nom: KABBAJ MOHAMMED HILLAL
(M - 03/01/1944 - 78 ans - 75 kg - 170 cm - 1,86 m²) - NIP : 151027084342IL

Médecin prescripteur : Docteur SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED (Oncologie Médicale)
Oncologie - Hospitalisation de jour
PACLITAXEL CARBOPLATINE / CURE (n°3/6 cure(s)) : J1
Reprise à J : 22

24/10/2022 10:00 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :
Programmé

24/10/2022 11:50 OMEPRAZOLE

Observation :

Statut :
Programmé

Voie : orale

Dose : 20 mg

24/10/2022 11:50 HYDROXIZINE ORALE

Statut :
Programmé

Voie : orale

Dose : 25 mg

24/10/2022 11:55 ONDANSETRON + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 8 mg

24/10/2022 11:55 METHYLPREDNISOL + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 100 mg

24/10/2022 12:15 **PACLITAXEL**

Solvant : NACL 250 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 350 mg

Dose théor :
200 mg/m² mg

24/10/2022 15:30 **CARBOPLATINE**

Solvant : G5 500 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 540 mg

Dose théor :
5 AUC mg

24/10/2022 Pembrolizumab
(Keytruda)

Dose : 200mg

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° **127 914** / **2022** du **03/10/2022**

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée **03/10/2022**

Prise en charge **SAHAM**

Sortie **03/10/2022**

Total ticket modérateur

14 473,59

PARTS

SAHAM

56 696,27

PATIENT

0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54
E-mail : contact@hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **127914** / **2022** du **03/10/2022**

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée **03/10/2022**

Prise en charge **SAHAM**

Sortie **03/10/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PRESTATIONS				
SEANCE DE CHIMIOThERAPIE EN HÔPITAL DE . SURVEILLANCE DE CHIMIOThERAPIE	1,00		400,00	81,35
	1,00		375,00	76,26
			Sous-Total	157,61
PHARMACIE				
PHARMACIE (médicaments) PHARMACIE (en sus)	1,00		70 158,00	14 267,81
	1,00		236,86	48,17
			Sous-Total	14 315,98

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :	Total	14 473,59
QUATORZE MILLE QUATRE CENT SOIXANTE-TREIZE DIRHAMS CINQUANTE-NEUF CENTIMI		

Total facturé au patient **71 169,86**
Montant pris en charge par l'organisme **56 696,27**
Montant ticket modérateur à charge du patient **14 473,59**

Encaissements patient

Espèces **0,00**
Chèque
Carte bancaire **14 494,00**
Solde -20,41

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 53 45
E-mail : contact@icdm.hck.ma
05 29 03 53 45