

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

Nº P19- 068293

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : BENNIS FARIDA

Date de naissance :

Adresse : Rés. Raoud El Azhar Rue Ibnou Hazem

Apt. B 102 - Taârif Extension Casablanca

Tél. : 06 61 31 1005 Total des frais engagés : 14 473,59 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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) :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">DATE DE L'EXECUTION</div>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 30px;">H</td> <td style="text-align: center; width: 30px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	21433552															
25533412	00000000															
00000000	00000000															
D	B															
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																

A remplir par l'employeur

Identité :

Cachet de l'employeur

Assuré(e)
Nom & prénom(s) :Malade
Nom & prénom(s) :

Lien de parenté :

Date de naissance

A remplir par la clinique ou polyclinique

Nom & prénom(s) du malade :

N° C.I.N ou autres (à préciser) :

Service d'hospitalisation :

Médecin traitant :

Motif d'hospitalisation (actes) :

Date d'hospitalisation

En urgence le _____
ou prévue le _____Nbre de pièce(s) jointe(s) _____ dont certificat médical confidentiel
obligatoire
Réserve à l'assureur

Sinistre N°

Avis technique du médecin conseil
 Favorable / Accord du _____ Défavorable / Motif _____ Réserve _____

Signature et cachet de l'Assureur

Cachet réception

Nom de la clinique :

Adresse :

Tél. :

Fax :

Code F.M.S.A.R :

Dossier médical N° :

N° chambre :

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	100	100
	Soins intensifs ⁽¹⁾			
	Réanimation ⁽¹⁾			
	Couveuse			

Estimation de l'Assureur

Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant pris en charge

+212 522 42 06 06
+212 522 20 60 81

sanlam.ma

Nature des prestations
Cotation

P.U

Total H.T

Actes

Consultations

Actes médicaux

Actes chirurgicaux

Anesthésie

Bloc opératoire / salle d'accouchement

Surveillance réanimation

Surveillance médicale ⁽²⁾
Examens (Détaillés)

Radiologie (standard. IRM. scanner. écho...)

Biologie

Autres (anapathé. ECG. EEG. Fibro. Colono...)

Lithotripsie ⁽³⁾

Dialyses

Fournitures

Pharmacie (électrodes)

Matériels ostéo-synthèse (sang, plasma)

Total de l'estimation

Fait à Casablanca Le 05 Oct 2022

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

Assurance Non-Vie | Assurance Vie
Sanlam Maroc
216, Boulevard Zerkouni | 20 000
Casablanca, Maroc

Sanlam Maroc - société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social
de 411.687.400 de DH. Entrée légit par la loi n°17-99 portant code des assurances.
RC Casablanca | 222341. CNS : 1678541 - Taxe professionnelle : 355.11249 - IF 01B84025
ICE : 000330054000034

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CASABLANCA

Réf: Police N° : 1000991624

N°Déclaration : 20075879

Contractante : Saham Assurance

Code maladie : C34

Adhésion N° : 10

Frais engagés : 71 271.05 DHS

Assuré Primaire : Mohamed Hilal Kabbaj

Date de survenance : 07/10/2022

Personne Traitée : Mohamed Hilal Kabbaj

Médecin Traitant : MEDECIN DIVERS

N° du bordereau : 871601

Code Médecin : 19954

N° sinistre : 5433152

Ville (Médecin) : CASABLANCA

Date réception : 07/10/2022

Spécialité : Divers

Date retour :

Objet : Accord

Messieurs

Nous soussignées, compagnie SANLAM Assurance, sise au 216 Bd ZERKOUNI 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



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 plénal

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 03/01/2022

Cachet et Signature du Médecin



Casablanca le : 03/10/2022

Compte Rendu

Je soussigné (e)

Certifie Mr/Mme Khalil Haj Mohammad Hellal

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un carcinome épidermique pulmonaire métastatique au niveau plaval, 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 :

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

Total devis

71 271,05

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 METHYLSPREDNISOLONE + 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 théorique :
200 mg/m² mg

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

Solvant : G5 500 ml

Statut :

Programmé

Voie : IV

Dose : 540 mg

Dose théorique :
5 AUC mg

24/10/2022 Pembrolizumab
(Keytruda)

Dose : 200 mg

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

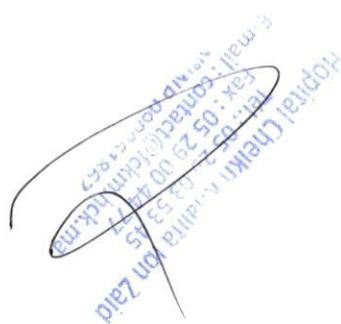
TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

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

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 .	1,00		400,00	81,35
SURVEILLANCE DE CHIMIOTHERAPIE	1,00		375,00	76,26
				Sous-Total 157,61
PHARMACIE				
PHARMACIE (médicaments)	1,00		70 158,00	14 267,81
PHARMACIE (en sus)	1,00		236,86	48,17
				Sous-Total 14 315,98

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

QUATORZE MILLE QUATRE CENT SOIXANTE-TREIZE DIRHAMS CINQUANTE-NEUF CENTIMES

Total 14 473,59

Total facturé au patient

71 169,86

Encaissements patient

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