

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

M22- 0048172

- 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 Maarif Extension Casablanca
Tél. : 06 61 31 10 05 Total des frais engagés : 7234,47 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément P.E.C.
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 : 09 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

De: [Redacted]
 Objet: Prise en charge 5
 Date: [Redacted]
 À: [Redacted]



Envoyé de mon iPhone



Nom de la clinique : _____ Code F.M.S.A.R. : _____
 Adresse : _____ Dossier médical N° : _____
 Tél. : _____ Fax : _____ N° chambre : _____

Dossier de prise en charge
 (3 Feuilles à adresser à la compagnie)

A remplir par l'employeur

Identité : _____ N° de police : _____
 Cachet de l'employeur : _____ N° d'adhésion : _____

Assuré(e) Nom & prénom(s) : _____
 Malade Nom & prénom(s) : _____
 Lien de parenté : _____
 Date de naissance : _____

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique

Frais de séjour	Nombre de jours	PU	Total H.T
Séjour normal	4	400	1600
Séjour spécialisé **			
Alimentation **			
Croiseur			

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 : KABAY Mohamed H.M.M
 N° C.I.N ou autres (à préciser) : _____
 Service d'hospitalisation : Oncologie
 Médecin traitant : P. Soudki, Hossain Ahmad
 Motif d'hospitalisation (actes) : Chimiothérapie

Date d'hospitalisation : _____
 (En urgence le _____ ou prévue le _____)
 Nbre de pièce(s) jointe(s) _____ dont certificat médical confidentiel obligatoire

Nature des prestations

Nature des prestations	Cotation	PU	Total H.T
Actes			
Consultations			
Actes médicaux <u>Surveillance chimio</u>	<u>1275</u>		<u>275,00</u>
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / salle d'accouchement			
Surveillance infirmation			
Surveillance médicale **			
Examens (Détailés)			
Radiologie standard (RM, scanner, echo, ...)			
Biologie			
Autres (urographie, ECG, EEG, Fibro, Colono, ...)			
Lithologie **			
Dialyses			
Fournitures			
Pharmacie			<u>701,50</u>
Matériels ortho-synthèse (ong. plâtres)	<u>1050</u>		<u>300,00</u>
Total de l'estimation			<u>275,00 + 701,50 + 300,00 = 1276,50</u>

Total estimé de la prise en charge

Part du malade : _____

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 : _____

Fait à Casa le 02/12/2021

Montants 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'entrée.
 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 nul et sans effet.

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

Clause - Protection des données personnelles -

Les données personnelles demandées par l'Assureur sont collectées et traitées en vue de la conclusion, de l'exécution et de la gestion des prestations de service. Les données sont traitées conformément à la loi n° 17-99 portant sur la protection des données personnelles. Les données sont traitées conformément à la loi n° 17-99 portant sur la protection des données personnelles. Les données sont traitées conformément à la loi n° 17-99 portant sur la protection des données personnelles.

Incise Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Assurance Vie
 Siège social : CP 200 0 | Casablanca, Maroc
 Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 491 687 400 de DH. Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant sur la protection des données personnelles. RC Casablanca 22 241 CAGS 1679541 - Taxe professionnelle 355.7.249 3215 - ICE 000230054300034

T +212 522 42 06 06
 F +212 522 20 60 81
 sanlam.ma

Scanned with CamScanner

5490634**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 : 881775

N° sinistre : 5490634

Date réception : 12/12/2022

Date retour :

N°Déclaration : 20596750

Code maladie : C71

Frais engagés : 71 271.00 DHS

Date de survenance : 12/12/2022

Médecin Traitant : MEDECIN DIVERS

Code Médecin : 19954

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 : **Mohamed Hilal Kabbaj** 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 : **63 873.90**

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**NB : Accord valable jusqu'au 31/12/2022.**

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	71 271.00	NA	NA	70 971.00	NA	%	
Totaux	71 271.00			70 971.00			63 873.90

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	

Ce document correspond à un décompte de la prise en charge



Direction Indemnisation Soins de Santé



NB : Accord valable jusqu'au 31/12/2022.

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°6/6 cure(s)) : J1
Reprise à J : 22

Observation (séquence) : N° séjour lié : 2200589395

29/12/2022 10:00 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut : A faire

29/12/2022 11:50 OMEPRAZOLE

Observation :

Statut : A faire

Voie : orale

Dose : 20 mg

29/12/2022 11:50 HYDROXIZINE ORALE

Statut : A faire

Voie : orale

Dose : 25 mg

29/12/2022 11:55 ONDANSETRON + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut : A faire

Voie : IV

Dose : 8 mg

29/12/2022 11:55 METHYLPREDNISOL + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut : A faire

Voie : IV

Dose : 100 mg

29/12/2022 12:15 **PACLITAXEL**

Solvant : NACL 250 ml

Statut : A faire

Voie : IV

Dose : 300 mg

Dose théor :
200 mg/m² mg

29/12/2022 15:30 **CARBOPLATINE**

Solvant : NACL 500 ml

Statut : A faire

Voie : IV

Dose : 540 mg

Dose théor :
5 AUC mg

Pembrolizumab

Dose : 200 mg



PLI CONFIDENTIEL



Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mme Kobaj Behannet 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 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 01/11/2022

Cachet et Signature du Médecin

Casablanca le : 08/12/2022

Compte Rendu

Je soussigné (e)

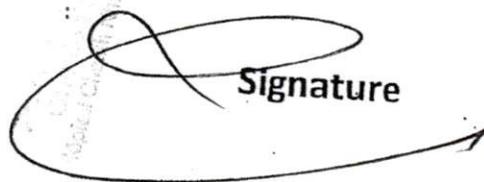
Certifié Mr/Mme *Kabbaj Mohammed
Habbal*

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 1^{ère} ligne par Chimio + immunoc.*

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

DEVIS ESTIMATIF

Date 29/12/2022

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
				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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **173 427 / 2022** du **30/12/2022**

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée **30/12/2022**

Prise en charge : **SAHAM**

Sortie **30/12/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
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		197,37	197,37
PHARMACIE (médicaments)	1,00		69 596,05	69 596,05
			Sous-Total	69 793,42
Total Frais Clinique				70 568,42

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		Total	70 568,42
SOIXANTE-DIX MILLE CINQ CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS QUARANTE-DEUX CENTIMES			
Immatriculation G5139	N° prise en charge	Part organisme	63 333,94
Affiliation	5490634	Part patient	7 234,47

Encassements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		7 397,15		7 397,15	63 171,27

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **173427** / **2022** du **30/12/2022**

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée **30/12/2022**

Prise en charge **SAHAM**

Sortie **30/12/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PRESTATIONS				
SEANCE DE CHIMIOThERAPIE EN HÔPITAL DE . SURVEILLANCE DE CHIMIOThERAPIE	1,00		400,00	40,00
	1,00		375,00	37,50
			Sous-Total	77,50
PHARMACIE				
PHARMACIE (en sus)	1,00		197,37	197,37
PHARMACIE (médicaments)	1,00		69 596,05	6 959,60
			Sous-Total	7 156,97

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :	Total	7 234,47
SEPT MILLE DEUX CENT TRENTE-QUATRE DIRHAMS QUARANTE-SEPT CENTIMES		

Total facturé au patient **70 568,42**
Montant pris en charge par l'organisme **63 333,94**
Montant ticket modérateur à charge du patient **7 234,47**

Encaissements patient

Espèces **0,00**
 Chèque
 Carte bancaire **7 397,15**
Solde -162,68

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fckm.hck.ma
 PIANO DONNEE1RE7

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° 173 427 / 2022 du 30/12/2022

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée 30/12/2022

Prise en charge **SAHAM**

Sortie 30/12/2022

Total ticket modérateur

7 234,48

PARTS

SAHAM

63 333,94

PATIENT

0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
e-mail : contact@ickm.tn
40127291

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL N° Facture 173 427 2200609145

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUCARB 450 mg INJECTA (01)	1	602,00	602,00
ACUCARB 150mg Injecta (01)	1	271,00	271,00
KEYTRUDA 100 MG INJECTA (01)	2	33 044,00	66 088,00
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)	1	80,00	80,00
PACLITAXEL COOPER 100mg/16, INJECTA (01)	3	839,00	2 517,00
SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)	1	38,05	38,05
Sous-Total médicaments			69 596,05
		Total pharmacie	69 596,05

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïr
 Tel : 05 29 03 53 85
 Fax : 05 29 03 44 77
 e mail : contact@chkh.mek.dz
 www.hopitalchkh.dz

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL N° Facture 173 427 2200609145

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CHLORURE DE SO 0,9%F1500 Inj (01)	1	11,60	11,60
CHLORURE DE SO 0,9%Po100 Injecta (01)	1	14,05	14,05
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	3	14,10	42,30
GLUCOSE 5% Po 500 Injecta (01)	1	15,90	15,90
Sous-Total médicaments			83,85
AIGUILLE HUBER COURBE G20	1	43,68	43,68
AIGUILLE P. INJECTIONS G18	3	0,25	0,75
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	5	3,54	17,70
GANT DE CHIR. GAMMEX EN LATEX NON POUFRE	2	9,80	19,60
GANT D'EXAMEN EN LATEX POUFRE	6	1,25	7,50
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	2	5,86	11,72
SERINGUE 10ML	4	1,56	6,24
SERINGUE 20ML	3	2,11	6,33
Sous-Total consommable médical			113,52
Total pharmacie			197,37


 Dr. Khalid Lneikn Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 05 43 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 Email: contact@fckm.tck.ma
 www.fckm.tck.ma