

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 068292

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

- Reclamation : 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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : 137787
Nom & Prénom : BENNIS FARIDA
Date de naissance :
Adresse : Rés. Raoud el Azhar, Rue Ibnou Hazem
Apt B 102 Maarif Extension Casablanca
Tél. : 06.61.31.1005 Total des frais engagés : 14.432,23 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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) :

Reçu de caisse

N° : 2209231302366290 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200566070	KABBAJ MOHAMMED HILL	23/09/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004545 BENNIS FARIDA	14 494,00
AXA	Total payé	14 494,00
QUATORZE MILLE QUATRE C		

Reçu établi par : FAT.AAT



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **116782** / 2022 du 12/09/2022

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée 12/09/2022

Prise en charge **SAHAM**

Sortie 12/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PRESTATIONS				
SEJOUR	1,00		400,00	81,35
			Sous-Total	81,35
PHARMACIE				
PHARMACIE (en sus)	1,00		266,22	54,14
PHARMACIE (médicaments)	1,00		69 925,05	14 220,48
			Sous-Total	14 274,62
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00	F	375,00	76,26
			Sous-Total	76,26

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de : QUATORZE MILLE QUATRE CENT TRENTE-DEUX DIRHAMS VINGT-TROIS CENTIMES	Total	14 432,23
---	--------------	------------------

Total facturé au patient **70 966,27**
Montant pris en charge par l'organisme **56 534,04**
Montant ticket modérateur à charge du patient **14 432,23**

Encaissements patient

Espèces **0,00**
 Chèque **14 494,21**
 Carte bancaire
Solde -61,98

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 E-mail : contact@hkh.hk
 Tel : 05 29 01 44 77
 Fax : 05 29 01 53 45
 www.hkh.hk

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° **116 782** / 2022 du 12/09/2022

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée **12/09/2022**

Prise en charge : **SAHAM**

Sortie **12/09/2022**

Total ticket modérateur

14 432,23

PARTS

SAHAM

56 534,04

PATIENT

0,00

(Handwritten signature and blue stamp)
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
N° 116 782 / 2022 du 12/09/2022
Email: contact@hkhz.gov.tn
Fax: 05 22 89 28 54
N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

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°2/6 cure(s)) : J1
Reprise à J : 22

03/10/2022 10:00 CHIMIOThERAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :
Programmé

03/10/2022 11:50 OMEPRAZOLE

Observation :

Statut :
Programmé

Voie : orale

Dose : 20 mg

03/10/2022 11:50 HYDROXIZINE ORALE

Statut :
Programmé

Voie : orale

Dose : 25 mg

03/10/2022 11:55 ONDANSETRON + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 8 mg

03/10/2022 11:55 METHYLPREDNISOL + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 100 mg

03/10/2022 12:15 **PACLITAXEL**

Solvant : NACL 250 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 350 mg

Dose théor : 200 mg/m² mg

03/10/2022 15:30 **CARBOPLATINE**

Solvant : G5 500 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 540 mg

Dose théor : 5 AUC mg

03/10/2022

Pembrolizumab
(Keytruda)

Dose : 200mg

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur **SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED**
Oncologie Médicale
09006186

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

YOF:ELG

DEVIS ESTIMATIF

Date 03/10/2022

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

Casablanca le : 12/09/2022

Compte Rendu

Je soussigné (e)

Certifie que Mr/Mme *Kabbaj Mohammed Hittal*

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un *carcinome épidermoïde* métastatique au niveau pleural, actuellement sous traitement de première ligne par chimiothérapie + immuno-thérapie, selon le protocole carboplatine-paclitaxel-pembrolizumab

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.


Signature



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 Kabhaj 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 pleural.

TRAITEMENT PROPOSE :

chimiothérapie + immunothérapie

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

1 Cure

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

Casablanca, le 12.10.2022

Cachet et Signature du Médecin




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 20075522





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 : 868644

N° sinistre : 5416134

Date réception : 20/09/2022

Date retour :

N°Déclaration : 20075522

Code maladie : C34

Frais engagés : 71 271.05 DHS

Date de survenance : 20/09/2022

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 20075522



