

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

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0052950

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNIS FARIDA

A 87445

Date de naissance :

Adresse : Rés. Raoud El Azhar Rue Ibaou Hazem Apt B102 Glaarif Extension Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : 4600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : 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 - RADIOGRAPHIES

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTENDANT LE REVISÉ

LIGA DE FUTBOL MEXICANO | LIGA MX | LIGA MEXICO | LIGA MEXICO

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2311141323301910 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300778493	KABBAJ MOHAMMED HILL	14/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1034	4 600,00
SAHAM	Total payé	4 600,00
QUATRE MILLE SIX CENTS		

Reçu établi par : MIS.CHE



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 168519 / 2023 du 29/11/2023

Nom patient : **KABBAJ MOHAMMED HILLAL** Entrée : **29/11/2023**
 Prise en charge : **SAHAM** Sortie : **29/11/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PRESTATIONS				
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE .	1,00		400,00	25,69
			Sous-Total	25,69
PHARMACIE				
PHARMACIE (en sus)	1,00		130,01	130,01
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 169,24	4 250,23
			Sous-Total	4 380,24
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00	F	375,00	24,09
			Sous-Total	24,09

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de : QUATRE MILLE QUATRE CENT TRENTÉ DIRHAMS DEUX CENTIMES	Total	4 430,02
--	--------------	-----------------

		<i>Encaissements patient</i>
Total facturé au patient	67 074,25	Espèces 0,00
Montant pris en charge par l'organisme	62 644,23	Chèque
Montant ticket modérateur à charge du patient	4 430,02	Carte bancaire 4 600,00
		Solde -169,98

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 000061962

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL N° Facture 168 519 2300778493

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
KEYTRUDA 100 MG INJECTA (01)	2	33 044,00	66 088,00
METHYLPREDNISOLONE 120mg INJECTA (20)	1	35,00	35,00
ONDANSETRON NORMON 8 MG/4ML INJECTA (50)	1	46,24	46,24
Sous-Total médicaments			66 169,24
Total pharmacie			66 169,24

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL N° Facture 168 519 2300778493

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CHLORURE DE SO 0,9%Po100 Injecta (01)	1	9,00	9,00
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	2	13,10	26,20
Sous-Total médicaments			35,20
AIGUILLE HUBER COURBE G20	1	47,84	47,84
AIGUILLE P. INJECTIONS G18	1	0,23	0,23
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	4	3,62	14,48
GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX SANS POUDR	2	5,62	11,24
GANT D'EXAMEN EN NITRILE NON POUDRE	4	1,03	4,12
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	2	5,87	11,74
SERINGUE 10ML	4	0,94	3,76
SERINGUE 20ML	1	1,40	1,40
Sous-Total consommable médical			94,81
		Total pharmacie	130,01

Hôpital Chérif Bouraoui
Tél.: 05 29 03 44 44
Fax : 05 29 00 14 14
E-mail : contact@chb.tn
N° IMN : 00000000000000000000000000000000



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 168519 / 2023 du 29/11/2023

Nom patient	KABBAJ MOHAMMED HILLAL	Entrée	29/11/2023
Prise en charge	SAHAM	Sortie	29/11/2023

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		130,01	130,01
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 169,24	66 169,24
			<i>Sous-Total</i>	66 299,25
Total Clinique				66 699,25
DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00	F	375,00	375,00
			<i>Sous-Total</i>	375,00
Total Autres prestations				375,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	67 074,25
SOIXANTE-SEPT MILLE SOIXANTE-QUATORZE DIRHAMS VINGT-CINQ CENTIMES		
Immatriculation : G5139	Adhérent :	KABBAJ MOHAMMED HILL
Affiliation :	N° prise en charge :	578318
Cin : Q5139		
	Part organisme	62 644,23
	Part patient	4 430,02

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
 Tel: 05 29 03 53
 Fax: 05 29 00 74
 E-mail: contact@ckpi.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 m²) - NIP : 151027084342IL

Médecin prescripteur : Docteur SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED (Oncologie Médicale)
Oncologie - Hospitalisation de jour
PEMBROLIZUMAB / Pembro(n°15/24 cure(s)) : J1
Reprise à J : 21

29/11/2023 10:00 **PEMBROLIZUMAB**

Solvant : NACL 100 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 200 mg

Dose théor :
200 mg

29/11/2023 10:09 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :
Programmé

29/11/2023 10:10 FC + PA + Temp : niv1

Statut :
Programmé

29/11/2023 10:20 INFIRMIERE : Rincer la voie d'abord

Statut :
Programmé



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DEVIS ESTIMATIF

Date 29/11/2023
N° : 220816152143YO

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Prise en charge : SAHAM

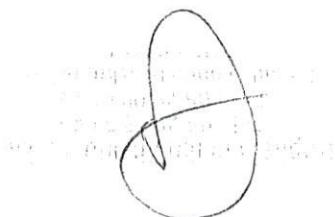
Traitements CHIMIOTHERAPIE AMBULATOIRE

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
		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
KEYTRUDA 100MG INJECTA (01)	2			33 044,00	66 088,00
		Sous-Total			66 206,05

Total devis

67 281,05

Arrêté le présent devis à la somme de :
SOIXANTE-SEPT MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS CINQ CENTIMES





Casablanca le : 01/11/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e) Certifie que Mr/Mme : Rabbaï

Mohammed Hillal est suivie à l'hôpital

Universitaire International Cheikh Khalifa Casablanca dans le cadre de prise

en charge d'un Carcinome épidermique pulmonaire métastatique au niveau plénal, régulementé sous traitemet d'entretien 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

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr Mme Khalil Habib 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 épidermique pulmonaire métastatique

TRAITEMENT PROPOSE :

Pembrolizumab

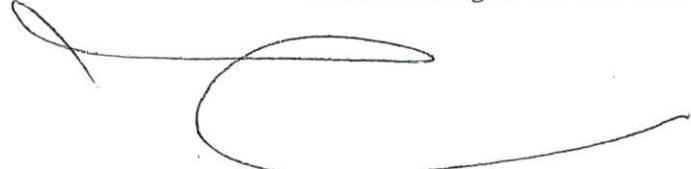
DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

1 an

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

Casablanca, le 01/11/2023

Cachet et Signature du Médecin



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	%	
Totaux	67 281.05			66 981.05			62 678.68

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	

Direction Indemnisation Soins de Santé



* 57 8 31 8

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CASABLANCA

Réf:	Police N°	:	1000991624	N°Déclaration	:	71333494
Contractante	:	Saham Assurance	Code maladie	:	C34	
Adhésion N°	:	10	Frais engagés	:	67 281.05 DHS	
Assuré Primaire	:	Kabbaj Mohamed Hilal	Date de survenance	:	08/11/2023	
Personne Traitée	:	Kabbaj Mohamed Hilal	Médecin Traitant	:	MEDECIN DIVERS	
N° du bordereau	:	934389	Code Médecin	:	19954	
N° sinistre	:	5783189	Ville (Médecin)	:	CASABLANCA	
Date réception	:	08/11/2023	Spécialité	:	Divers	
Date retour	:					

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 ZERKOUNI-Casablanca, certifions par la présente que M. ou Mme : **Kabbaj Mohamed Hilal** bénéficia 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 : **62 678.68**

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



