

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



**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  
Date de naissance :  
Adresse : Rés. Raoud El Azhar Rue Ibaou Hazem  
Apt B102 Maarif 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



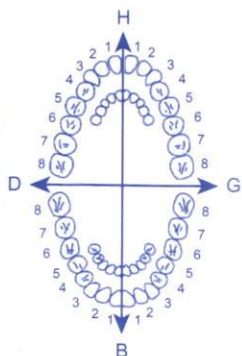
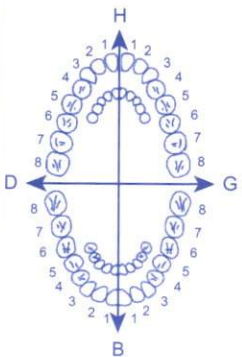
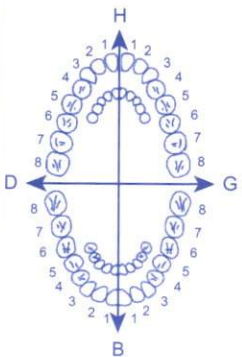
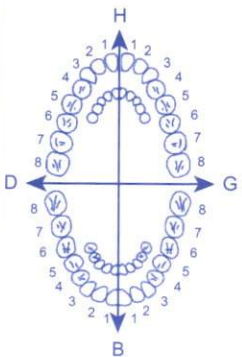
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

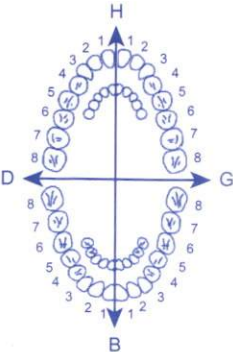
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>B</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">                     MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td rowspan="8" style="text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                 </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">                     DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> <td rowspan="4" style="vertical-align: top;">                     DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>B</span> </div>			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>			<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>																														
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>B</span> </div>			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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	

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
<b>PRESTATIONS</b>				
SEANCE DE CHIMIOOTHERAPIE EN HÔPITAL DE .	1,00		400,00	25,69
			<b>Sous-Total</b>	<b>25,69</b>
<b>PHARMACIE</b>				
PHARMACIE (en sus)	1,00		130,01	130,01
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 169,24	4 250,23
			<b>Sous-Total</b>	<b>4 380,24</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00	F	375,00	24,09
			<b>Sous-Total</b>	<b>24,09</b>

<b>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</b>	<b>Total</b>	<b>4 430,02</b>
QUATRE MILLE QUATRE CENT TRENTE DIRHAMS DEUX CENTIMES		

**Total facturé au patient** 67 074,25  
**Montant pris en charge par l'organisme** 62 644,23  
**Montant ticket modérateur à charge du patient** 4 430,02

## Encaissements patient

Espèces 0,00  
Chèque  
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°196 090061862

# ANNEXE PHARMACIE

<b>Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL</b>	<b>N° Facture 168 519</b>	<b>2300778493</b>
---	---------------------------	-------------------

<b>Produit</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Unitair</b>	<b>Montant</b>
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
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>66 169,24</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>66 169,24</b>



# 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
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>35,20</b>
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 POWDR	2	5,62	11,24
GANT D'EXAMEN EN NITRILE NON POWDRE	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
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>94,81</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>130,01</b>

Hôpital Chemil  
 Tél: 05 29 01 11 11  
 Fax : 05 29 00 11 11  
 E-mail : contact@chemil  
 N°107 000 00 18



# 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
<b>Total Clinique</b>				<b>66 699,25</b>

DR. SQALLI HOUSSAINI (oncologie médica)	1,00	F	375,00	375,00
			<i>Sous-Total</i>	375,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>375,00</b>

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel: 05 29 03 53  
 Fax: 05 29 00 44  
 E-mail: contact@ckh.hk.ma  
 N° INP 090061862

**Nom de naissance: KABBAJ Nom: KABBAJ MOHAMMED HILLAL**  
(M - 03/01/1944 - 79 ans - 85 kg - 175 cm - 2,01 m<sup>2</sup>) - 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 SURVEILLANCE CHIMIO CONSOMMABLE		1		400,00	400,00
		1		375,00	375,00
		1		300,00	300,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>1 075,00</b>
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05) SOLUMEDROL 120mg Injecta (01) KEYTRUDA 100MG INJECTA (01)		1		80,00	80,00
		1		38,05	38,05
		2		33 044,00	66 088,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>66 206,05</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :

SOIXANTE-SEPT MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS CINQ CENTIMES

Total devis

67 281,05



Casablanca le : 01/11/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e) ..... Certifie que Mr/Mme : Rabbaj .....

Mohammed Hillaal ....., est suivie à l'hôpital

Universitaire International Cheikh Khalifa Casablanca dans le cadre de prise

en charge d'un Carcinome épidermoïde pulmonaire .....

métastatique au niveau pleural, actuellement sous  
traitement & extraction 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

PLI CONFIDENTIEL

Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mme Rabia Rahmane 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

TRAITEMENT PROPOSE :

Pembrolizumab

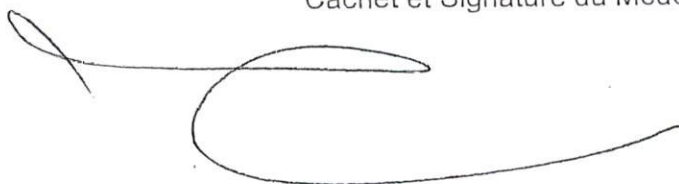
DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

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 3 1 8

**Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
CASABLANCA**

Réf: Police N° : 1000991624

Contractante : Saham Assurance

Adhésion N° : 10

Assuré Primaire : Kabbaj Mohamed Hilal

Personne Traitée : Kabbaj Mohamed Hilal

N° du bordereau : 934389

N° sinistre : 5783189

Date réception : 08/11/2023

Date retour :

N°Déclaration : 71333494

Code maladie : C34

Frais engagés : 67 281.05 DHS

Date de survenance : 08/11/2023

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 : **Kabbaj Mohamed Hilal** 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 : **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**

N° chambre :

## N° d'adhésion

naissance    




pièce(s) jointe(s)  dont certificat médical confidentiel  
obligatoire

### Cachet réception

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

## Durée probable

Couvreur

Total H.T	
-----------	--

## Actes

## Consultations

Acres Médicaux	Susveillance c.	Chêne	Ar 571	571, 2
----------------	-----------------	-------	--------	--------

Actes chirurgicaux

## Anesthésie

Bloc opératoire / salle d'accouchement

Surveillance réanimation	
--------------------------	--

Surveillance médicale <sup>(2)</sup>

### Examens (Détailés)

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

Biologie

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

Lithotripsie <sup>(3)</sup>

Dialyses

## Fournitures

Pharmacie

Matricele osteo-sintetice (sang, plasma)	Consumabile	20,00
--	-------------	-------

**Total de l'estimation**

Fait à G.S. Le 01/11/85

Montant pris en charge (en lettres)

- Visa et cachet de la clinique

Montant  
pris en charge**Total estimé de la prise en charge**

### Part du malade

### - Important

**Important**  
En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue d'hospitalisation.  
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 caduc.

(1) Pour les cliniques disposant de ces unités  
(2) À détailler dans le pli confidentiel  
(3) Forfait avec RX avant et après

## Classe « Protection des données personnelles »