

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-796853

Confiance

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10452 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAMRAOUI BETTY

Date de naissance : 20/07/1975

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 08/04/2023 Le : 04/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

### RELEVÉ 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
				INP : <input type="text"/>

### 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

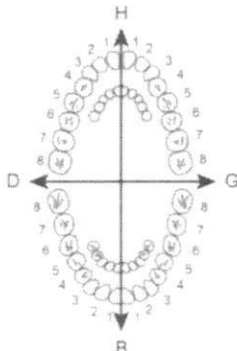
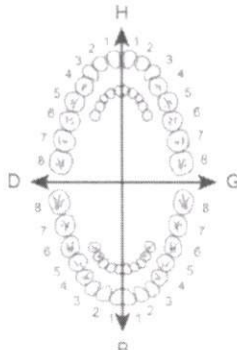
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE





RC : 144593  
Patente: 35890244  
IF: 1102972  
CNSS.: 7093876  
ICE : 000206172000089

SGMB Bir Anzarane Casa  
Compte N° : 022780000043002934049074

Date de facturation 12/12/2022

Référence Facture :

Date début: 10/12/2022

Date Fin: 09/01/2023

Devis N°: SO8926

Nom: EL RHODAIBI HASSAN

Adresse: AL MASSIRA AL HASSANIA RUE 6 N°45 EL OULFA , CASA

N° téléphone : 0661078657

Médecin : LAHLOU MOUNIA

Code client: 09796

## Facture FA22/3931

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
37236/37102	[37236/37102] AIRSENSE 10 AUTOSET LOCATION • S/N 23221687307-390	1,000 Unité(s)	800,0000	20%	666,67 DH
Total HT					666,67 DH
20%					133,33 DH
Total TTC					800,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: huit Cent DH zéro Centime

**OXYDOM sari**  
Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rés. Wafa  
Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 86 23 07 - Fax: 0522 86 20 84  
GSM: 0663 438 631  
Tél: 0537 774 078 / Fax: 0537 774 078  
GSM: 0663 438 631  
Tél: 0535 618 548 / Fax: 0535 618 543  
GSM: 0663 438 631  
Email: contact.fes@oxydom.ma

Siège commercial CASABLANCA :  
Résidence du Palais IV, N°1, rue Arago.  
Quartier des Hôpitaux. CP 20360  
Tél: 0522 863 3 23 / fax: 0522 862 084  
GSM: 0663 438 631  
Email : contact @oxydom.ma  
ICE: 000206172000089

Siège commercial RABAT :  
Im. N° 18, Appt N°1. Résidence Salsaf  
Rue Aguelmane Sidi Ail. Agadal.  
Tél : 0537 774 078 / Fax : 0537 774 078  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.rabat@oxydom.ma

Siège commercial FES :  
Appt n°1 1ER étage. Résidence Rayan  
Av. Al Madina Monauara.  
Lot Amal 2, Narjis. CP 30070.  
Tél : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.fes@oxydom.ma

Siège social :  
20, rue Al Ghadfa. Résidence Wafa  
Maârif 20100. Casablanca. Maroc.  
RC : 144593 - PAT : 35890244  
IF : 1102972 - CNSS : 7093876  
SGMB Agence S ABDELMOUMEN  
Compte N° 022780000043002934049074

## PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : .....

**Nature de la maladie (\*) :** .....

CIM-10: .....

(\*) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

## NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser					
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...) *** Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					

Praticien	Date début et fin de soins (A)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Carte et signature du praticien CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires	du 10/01/22		800	
médicaux	au 10/01/23			

(\*) - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie...)  
- Accord préalable obligatoire

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 11111111

Date (*) <sup>2</sup> début Traitement	Date (*) <sup>2</sup> fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
		TOTAL	.....	.....	

(1)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

## OPTIQUE (1)

Code INPE: | | | | | | | | | |

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(3)<sup>a</sup> La prescription et la facture des verres sont obligatoires.  
En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.



## QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- Les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes - barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit et les prospectus des produits pharmaceutiques).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie / Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations : le personnel de la CMIM, les médecins conseils, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014



REFERENCE DOSSIER



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : HASSAN EL RHODHANI

MATRICULE ASSURE : 110054429

N° CIN : BE 84943

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : HASSAN EL RHODHANI Lien de parenté : 77

MATRICULE BENEFICIAIRE : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Montant des frais (DHS): \_\_\_\_\_ Nombre de pièces jointes : 11

(1) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : _____	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : [www.cmim.ma](http://www.cmim.ma)

<b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b>			<b>الصندوق التعاوني المهني المغربي</b> <b>Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine</b>
<b>Date de paiement</b> : 27/02/2023 <b>Num Paiement</b> : 1599973 <b>Assuré</b> : EL RHODAIBI HASSAN <b>N° d'immatriculation</b> : 10054129 <b>Mode de règlement</b> : Virement		<b>EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA)</b>  <b>AUC</b> <b>EL OULFA MAROC</b>	
<b>Emis à Casablanca le</b> : 04/04/2023			<b>Page : 1</b>

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourser	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0244M20230105259586										
ML3358920	12/12/2022	OXYGENEOTHER. (CPAP) LOCATION	1	1,00	85.00	800,00	1 200,00	0,00	680,00	
<b>Total remboursé pour HASSAN</b>						800,00			680,00	
<b>Total général remboursé</b>									680,00	

Docteur Mounia LAHLOU

Pneumo-phtisiologue Allergologue

Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose

Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
et Hôpital Moulay Youssef

Certificat Universitaire d'Allergologie  
et d'Immunologie Clinique

Casablanca, le :

الدكتورة مونية لحلو

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ومستشفى مولاي يوسف

شهادة جامعية

في علم المناعة والحساسية

الدار البيضاء، في

Mr EL RHODASSI Kersen

Ronflements, sursauts respiratoires  
pendant le sommeil, Baisse d'aiguille

Polygraphie Ventelotone

⇒ Syndrome d'apnée

obstructive du sommeil. TAA=33

Du diagnostic de l'apnée  
posture C

06 63 88 90 87 : الهاتف - الدار البيضاء - المراكش - أبو مروان - الدار البيضاء - الهاتف : 06 63 88 90 87  
Résidence Hicham, Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abdou Marouane - Casablanca  
Tél. : 06 63 88 90 87 - GSM : 06 61 88 81 83 - E-mail : mounialahlou.23@gmail.com



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation 1054129 Entreprise BOA  
Nom & Prénom : EL RHODATSI HASSAN  
Bénéficiaire : EL RHODATSI HASSAN

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné D. Xolm  
estime que l'état de santé de M. EL RHODATSI HASSAN  
nécessite (1) :  
un acte coté à la nomenclature  
«préciser coefficient»  
une hospitalisation médicale de  
à «Préciser l'établissement hospitalier»  
une cure thermique à  
«Préciser la station et la durée»

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL  
DE LA CAISSE

SA DECISION

RABATTE ET COLLER SUR CETTE PARTIE LE PIED DE LA FEUILLE

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENT SUR LA NATURE DE L'AFFECTION (à fournir au médecin - conseil de la Caisse)

Syndrom d'operculite du sinus  
DM-83,3 -> Dactinom  
de ventilation à pression positive

(1) Rayer les mentions inutiles.

COCHER ET  
SIGNATURE DU  
MEDECIN  
Tél : 022 86 36 39/022 86 54 22



Casablanca, le : 10/01/2023

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous avons bien reçu votre dossier  
N°ML3324409

Cependant, nous avons besoin de ces informations indispensables  
à son traitement :

**PRESCRIPTION MEDICALE DU MATERIELS (ORIGINALE)**

A noter que ce complément d'information devra nous parvenir  
au plus tard 3 mois de la réception de cette lettre, le cas échéant votre dossier  
sera rejetée.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur  
l'expression de nos sentiments distingués.

Service Prestation

**A remplir si demandé :**

Nom et prénom du bénéficiaire (Avec cachet du médecin traitant) :

El KHODATE BT Nassan

Nature de la maladie (Avec cachet du médecin traitant) :

Apnée obstructive de sommeil DTH 33  
Indicateur de l'hyperloir & pression  
postérieure

Cachet & visa du médecin / pharmacie / Laboratoire / Radiologue / clinique :

Cachet & visa de l'opticien :

Date début et fin des séances (Avec cachet du médecin traitant) :

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie/ Maternité. Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations: le personnel de la CMIM, les médecins conseil, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.  
Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 36 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA. Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013, en date du 28/02/2014.

## NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie/ Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations: le personnel de la CMIM, les médecins conseil, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 36 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013, en date du 28 /02 /2014

BANK OF AFRICA  
140 AVENUE HASSAN II  
ANFA  
CASABLANCA  
MAROC



## Demande de Complément D'information

N° demande 3982761

REFERENCE DOSSIER



**ML3324409**

### RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL RHODAIBIHASSAN  
Matricule Assuré : 10054129  
Collège : APP

### RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : EL RHODAIBIHASSAN  
Matricule du Bénéficiaire : 10054129  
Lien de parenté :

### COLLECTIVITE

**Le complément d'information demandé sur cet imprimé doit parvenir à la CMIM dans un délai de 3 mois**



Date de facturation 10/10/2022

Référence Facture :

Date début: 10/10/2022

Date Fin: 09/11/2022

Devis N°: res.partner()

Nom: EL RHODAIBI HASSAN

Adresse: AL MASSIRA AL HASSANIA RUE 6 N°45 EL OULFA , CASA

N° téléphone : 0661078657

Médecin : LAHLOU MOUNIA

Code client: 09796

## Facture FA22/3215

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
36245/36265/36105	[36245/36265/36105] RESMED S9 LOCATION • S/N 22131336155	1,000 Unité(s)	800,0000	20%	666,67 DH
<b>Total HT</b>					666,67 DH
20%					133,33 DH
<b>Total TTC</b>					800,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: huit Cent DH zéro Centime

**OXYDOM sari**  
Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rés. Wafa  
Maarif - Casablanca  
Tél: 0522 86 23 07 / Fax: 0522 86 20 84  
GSM: 0663 43 86 31  
PAT: 35890244 / RC: 144593  
ICE: 000206172000089

**Siège commercial CASABLANCA :**  
Résidence du Palais IV, N°1, rue Arago.  
Quartier des Hôpitaux, CP 20360  
Tél: 0522 863 3 23 / fax: 0522 862 084  
GSM: 0663 438 631  
Email : contact@oxydom.ma  
ICE: 000206172000089

**Siège commercial RABAT :**  
Im. N° 18 , Appt N°1, Résidence Salsaf  
Rue Aguelmane Sidi Ali. Agadal.  
Tél : 0537 774 076 / Fax : 0537 774 078  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.rabat@oxydom.ma

**Siège commercial FES :**  
Appt n°1 1ER étage, Résidence Rayan  
Av. Al Madina Monouara.  
Lot Amal 2, Narjis, CP 30070.  
Tél : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.fes@oxydom.ma

**Siège social :**  
20, rue Al Ghadfa, Résidence Wafa  
Maarif 20100, Casablanca, Maroc.  
RC : 144593 - PAT : 35890244  
IF : 1102972 - CNSS : 7093876  
SGMB Agence S ABDELMOUMEN  
Compte N° 02278000043002934049074



RC : 144593  
Patente: 35890244  
IF: 1102972  
CNSS.: 7093876  
ICE : 000206172000089

SGMB Bir Anzarane Casa  
Compte N°: 022780000043002934049074

Date de facturation 10/11/2022

Référence Facture :

Date début: 10/11/2022

Date Fin: 10/12/2022

Devis N°: SO8926

Nom: EL RHODAIBI HASSAN

Adresse: AL MASSIRA AL HASSANIA RUE 6 N°45 EL OULFA , CASA

N° téléphone : 0661078657

Médecin : LAHLOU MOUNIA

Code client: 09796

## Facture FA22/0778

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
37236/37102	[37236/37102] AIRSENSE 10 AUTOSSET LOCATION • S/N 23221687307-390	1,000 Unité(s)	800,0000	20%	666,67 DH
Total HT					666,67 DH
20%					133,33 DH
Total TTC					800,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: huit Cent DH zéro Centime

**OXYDOM sari**  
Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rés. Wafa  
Maarif - Casablanca  
Tél: 0522.86.23.07 - Fax: 0522.86.20.84  
GSM: 0663.438.631  
PAT: 35890244 / RC: 144593  
ICE: 000206172000089

**Siège commercial CASABLANCA :**  
Résidence du Palais IV, N°1, rue Arago.  
Quartier des Hôpitaux. CP 20360  
Tél: 0522 863 3 23 / fax: 0522 862 084  
GSM: 0663 438 631  
Email : contact@oxydom.ma  
ICE: 000206172000089

**Siège commercial RABAT :**  
Im. N° 18 , Appt N°1, Résidence Salsal  
Rue Aguelmane Sidi Ali Agadal.  
Tél : 0537 774 076 / Fax : 0537 774 078  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.rabat@oxydom.ma

**Siège commercial FES :**  
Appt n°1 1ER étage. Résidence Rayan  
Av. Al Medina Monacouara.  
Lot Amal 2, Narjis. CP 30070.  
Tél : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.fes@oxydom.ma

**Siège social :**  
20, rue Al Ghadfa. Résidence Wafa  
Maarif 20100. Casablanca. Maroc.  
RC : 144593 - PAT : 35890244  
IF : 1102972 - CNSS : 7093876  
SGMB Agence S ABDELMOUMEN  
Compte N° 022780000043002934049074



- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.

## QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SQIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- Les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes - barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit et les prospectus des produits pharmaceutiques).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie / Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations : le personnel de la CMIM, les médecins conseils, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014



REFERENCE DOSSIER



\* M L 3 3 2 4 4 0 9 \*

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : EL RHOUMI HAZEM

MATRICULE ASSURE : 10054429 N° CIN : 84943

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : EL RHOUMI HAZEM Lien de parenté : .....

MATRICULE BENEFICIAIRE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Date de naissance : 10/05/1967

Montant des frais (DHS): 16000 Nombre de pièces jointes : [ ] [ ]

(1) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : .....	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : [www.cmim.ma](http://www.cmim.ma)



<b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b>			<b>الصندوق التعاوني المهني المغربي</b> <b>Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine</b>
Date de paiement : 13/03/2023 Num Paiement : 1610632 Assuré : EL RHODAIBI HASSAN N° d'immatriculation : 10054129 Mode de règlement : Virement		<b>EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA)</b>  <b>AUC</b> <b>EL OULFA MAROC</b>	
Emis à Casablanca le : 04/04/2023			Page : 1

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourse	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0234M20230309396310										
ML3324409	10/10/2022	OXYGENEOTHER. (CPAP) LOCATION	2	1,00	85.00	1 600,00	2 400,00	0,00	1 360,00	
Total remboursé pour HASSAN						1 600,00			1 360,00	
Total général remboursé									1 360,00	

**DEMANDE D'ACCORD PREALABLE**

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation 10054129 Entreprise BDA  
 Nom & Prénom : EL RHODAI EL HASSAN  
 Bénéficiaire : EL RHODAI EL HASSAN

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné Dr. Hicham Angle  
 estime que l'état de santé de M. EL RHODAI EL HASSAN  
 nécessite (1) : un acte coté à la nomenclature  
 «préciser condition»  
 une hospitalisation médicale de à  
 «approximatif»  
 «Préciser l'établissement hospitalier»  
 une cure thermique à à  
 «Préciser la station et la durée»

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL  
DE LA CAISSE

SA DECISION

RABATTE ET COLLER SUR CETTE PARTIE LE PIED DE LA FEUILLE

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENT SUR LA NATURE DE L'AFFECTON (à fournir au médecin - conseil de la Caisse)

Après obstétrique du 1er trimestre  
Prise en charge Obstétrique  
positive continue

(1) Rayer les mentions inutiles.

Dr. Hicham Angle  
 Pr. 110-Physio. 00ue Allergo  
 Res Hicham Angle Bd. Abdelmoumen  
 et Rue Abou Marouane - Casablanca  
 Tél. 022.86.38.39/022.86.54.77  
 COCHET DATE ET  
 SIGNATURE DU  
 PRATICIEN



06 63 88 90 87 : الهاتف - الدار البيضاء - مروان - أبو مالك عبد الملك زاوية عبد الملك مولانا  
Résidence Hicham, Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abdel Marouane - Casablanca  
Tél. : 06 63 88 90 87 - GSM : 06 61 88 81 83 - E-mail : mrouallahou.23@gmail.com

Casablanca, le : 10/01/2023

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous avons bien reçu votre dossier  
N°ML3358920

Cependant, nous avons besoin de ces informations indispensables  
à son traitement :

**CACHET DU MEDECIN** SUR FEUILLE DE SOINS.; DEMANDE D'ACCORD PREALABLE A  
FORMULER; DESIGNATIONS DU BENEF.SUR LA FEUILLE DES SOINS.; EPREUVE  
RADIOLOGIQUE.; NATURE DE LA MALADIE.; PRESCRIPTION MEDICALE DU  
MATERIELS

A noter que ce complément d'information devra nous parvenir  
au plus tard 3 mois de la réception de cette lettre, le cas échéant votre dossier  
sera rejetée.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur  
l'expression de nos sentiments distingués.

Service Prestation

**A remplir si demandé :**

Nom et prénom du bénéficiaire (Avec cachet du médecin traitant) :

El RHO OATBI Houda

Nature de la maladie (Avec cachet du médecin traitant) :

Opère obstructive du  
Système Digestif = 33  
Malade de l'Intestin = 33  
Cachet & visa du médecin / pharmacie / Laboratoire / Radiologue/ clinique :

Cachet & visa du médecin / pharmacie / Laboratoire / Radiologue/ clinique :

Cachet & visa de l'opticien :

Date début et fin des séances (Avec cachet du médecin traitant) :

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie/  
Maternité. Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations:  
le personnel de la CMIM, les médecins conseil, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le  
dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.  
Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous  
opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse  
suivante : CMIM, service audit interne, 36 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA. Ce traitement a reçu récépissé de la  
commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-  
161/2013, en date du 28/02/2014.



## NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie/ Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations: le personnel de la CMIM, les médecins conseil, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 36 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013, en date du 28 /02 /2014

BANK OF AFRICA  
140 AVENUE HASSAN II  
ANFA  
CASABLANCA  
MAROC



## Demande de Complément D'information

N° demande 4029692

### REFERENCE DOSSIER



ML3358920

### RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL RHODAIBIHASSAN  
Matricule Assuré : 10054129  
Collège : APP

### RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : EL RHODAIBIHASSAN  
Matricule du Bénéficiaire : 10054129  
Lien de parenté :

### COLLECTIVITE

Le complément d'information demandé sur cet imprimé doit parvenir à la CMIM dans un délai de 3 mois