

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-796853

Confidemment

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10452

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AMRAOUI SITTY

Date de naissance :

26/10/1975

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

Enfan

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'adhérent (e) et au 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 :

Le : 14/10/2023

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

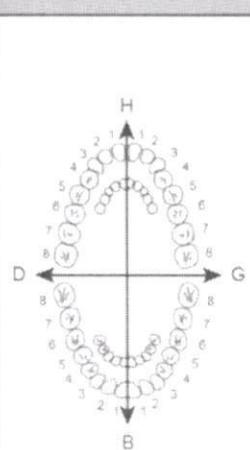
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan 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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

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 sarl
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 : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543
GSM: 0663 438 631
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 Agadai.
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 Monastara.
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: _____

(e) A 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					

(.)¹ La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...).
Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE:

Date (jj/mm/aaaa) début Traitement	Date (jj/mm/aaaa) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense

(*)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE 1

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(3) 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



* M L 3 3 5 8 9 2 0 *

594476

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HASSAN EL RHOUMI BI

MATRICULE ASSURE : 14901574129

N° CIN : BE 84943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : HASSAN EL RHOUMI BI Lien de parenté : NN

MATRICULE BENEFICIAIRE : [REDACTED]

Date de naissance : [REDACTED]

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

(*) 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

RELEVE DES PRESTATIONS



الصندوق التعاوني المهني المغربي

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

Date de paiement : 27/02/2023

Num Paiement : 1599973

Assuré : EL RHODAIBI HASSAN

N° d'immatriculation : 10054129

Mode de règlement : Virement

EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA)

AUC

EL OULFA MAROC

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 \001CMIM0244M20230105259586										
ML3358920	12/12/2022	OXYGENOTHER. (CPAP) LOCATION	1	1,00	85.00	800,00	1 200,00	0,00	680,00	
Total remboursé pour HASSAN						800,00			680,00	
Total général remboursé										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

Mounia Lahou

M El RHOUDATI Hassan

Ronflement, gênes respiratoires
problème de sommeil, Polysomme

Polygraphie Ventilatoire

⇒ Syndrome d'apnée

Obstruction du sommeil. DAI = 83

Domicile de Mouloud Kassam.

Dr Mounia LAHLOU
Pneumo-phtisiologue Allergologue
Rue Abdellah Abou Marouane Bd. Abdelloumen
Casablanca - Maroc - Casablanca - 363422

06 63 88 90 87 - الهاتف :
Résidence Hicham, Angle Bd. Abdelloumen et Rue Abdellah Abou Marouane - Casablanca
Tél. : 06 63 88 90 87 - GSM : 06 61 88 81 83 - E-mail : mounialahiou.23@gmail.com



36, Boulevard d'Anfa
CASABLANCA

الصندوق التعاوني المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation 100 5423 Entreprise B.O.A

Nom & Prénom : El Rhodaez Hassan

Bénéficiaire : El Rhodaez Hassan

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné Dokhla

estime que l'état de santé de M.

El Rhodaez Hassan

nécessite (1) :

un acte côté à la nomenclature
«préciser coefficient»

une hospitalisation médicale de

à Préciser l'hospitalisation

une cure thermale à

«Préciser la station et la durée»

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL
DE LA CAISSE

SA DECISION

RABATTRE 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)

Symptome Opération d'ostéotomie du genou

DSM-83 → Dystocie

de ventilation à pression positive

(1) Rayer les mentions inutiles.

CACHET DATE ET
SIGNATURE DU
PRATICIEN
Date : 10/02/2022
Nom : Abdelkader Hachani
Tél : 3225535391022

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 BST Hassan

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

*Apnée obstructive de sommeil DTH 33
Indication de l'apnée呼吸停歎症候群
postopératoire*

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

*B. A. M. M. Physiothérapeute Angèle BOUAFIA
Praticien en médecine générale
ABDO Hassan
Lyon 022.86.39.39
Tél. 022.86.39.39*

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
CASABALNCA
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



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

SGMB Bir Anzarane Casa
Compte N°: 02278000043002934049074

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
				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 sarl
Siège Social: 20, Rue Al Ghadra, Rés.Wafa
Maârif - 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. Agdal.
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 Monaouara.
Lot Amel 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 Ghadra, Résidence Wafa
Maârif 20100. Casablanca. Maroc.
RC : 144593 - PAT : 35890244
IF : 1102972 - CNSS : 7093876
SGMB Agence S ABDELMOLIMEN
Compte N° 02278000043002934049074

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 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 sarl
 Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rte. Wafa
 Maarif - Casablanca
 Tél : 0522.86.23.07 - Fax : 0522.86.20.84
 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 Seifal
 Rue Aguelmane Sidi Ali. Agdal.
 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 Monacoura.
 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

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					

(e)¹ - La date début et fin de sa
- Accord préalable obligat

- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE:

Date (¹) début Traitement	Date (¹) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense

(e) Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE 1

Code INPE: 1 1 1 1 1 1 1

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)³- 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 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.

Puissent 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 *

59446

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : Dr. HEDDO MAMIT HASSAN

MATRICULE ASSURE : XAD0514112C9 N° CIN : GE 84.943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Dr. HEDDO MAMIT HASSAN Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : [REDACTED]

Date de naissance : 10/10/1967

Montant des frais (DHS) : 16000.00 Nombre de pièces jointes : 1

□ L'exhaustivité 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

RELEVE DES PRESTATIONS

الصندوق التأسيسي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 13/03/2023

Num Paiement : 1610632

Assuré : EL RHODAIBI HASSAN

N° d'immatriculation : 10054129

Mode de règlement : Virement

EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA)
AUC
EL OULFA MAROC
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 remboursé	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129\001CMIM0234M20230309396310										
ML3324409	10/10/2022	OXYGENOTHER. (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 100 54123 Entreprise BDA
 Nom & Prénom : EL RHOUDAT HASSAN
 Bénéficiaire : EL RHOUDAT HASSAN

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné Dr. Hassan El Rhoudat
 estime que l'état de santé de M. El RHOUDAT Hassan
 nécessite (1) :
 un acte côté à la nomenclature
 «Préciser code et date»
 une hospitalisation médicale de approximatif
 à Préciser l'établissement hospitalier
 une cure thermale à Préciser la station et la durée

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA CAISSE

SA DECISION

RABATTRE 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)

Après obstruction du sommeil PMH-SJ
Diastolique d'une ventouse à maison
positive continue

(1) Rayer les mentions inutiles.

DR HASSAN EL RHOUDAT
 Pn. et. no-Physio. que Allergique
 Res. Hicham Angle Bd. Abdellah SOCHET DATE ET
 al. Rue Abu Marouane - Casablanca - SIGNATURE DU
 Tél. 022.86.38.39/022.86.54.77

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 التنفسى والحساسية

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعى ابن رشد
ومستشفى مولاي يوسف

شهادة جامعية
في علم المخاعة والحساسية

N EL RHO OAT BT Hassan

Ronflement, émet respiratoire profond
le sommeil, Rétrograde de la respiration
Polygraphie Ventilatoire
→ Symptome de la crise asthmatique
du sommeil $D\ddot{H} = 33$
Endocrinien à Ventilation
positive 

06 63 88 90 87 : إقامة هشام، زاوية عبد الله بن زيد، بول. الملك أبو مروان - الدار البيضاء - الهاتف :
Résidence Hicham, Angle Bd. Abdelmalek Abdellatif et Rue Abdellah Ben Marouane - Casablanca
Tél. : 06 63 88 90 87 - GSM : 06 61 88 81 83 - E-mail: mounialahou.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 DAFRI Hassan

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

Appareil digestif des

Medecin Hassan TAH FSS

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

DC
FMS 10-Physiologie 2013
Fes Micham Angle 1. Modelmouine
et Rue Abou Zayd 20092 Casablanca
Tél: 02 22 86 54 22

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



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

BANK OF AFRICA
140 AVENUE HASSAN II
ANFA
CASABLANCA
MAROC