

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° W21-796859

bonnement 157396

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10452

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL AMRAoui

SETTY

Date de naissance :

26/07/1975

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 :

ASA

Le : 14/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

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

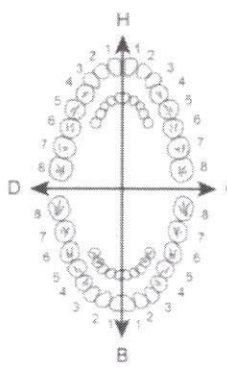
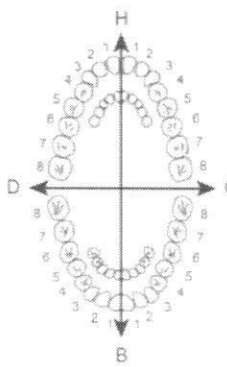
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Mounia LAHLOU
Pneumo-phtisiologue Allergologue
Maladies Respiratoires et Allergiques
Asthme, Rhinite, Tuberculose
Ronflement et Apnée
Enfants

Adjointe au CHU Ibn Rochd
Moulay Youssef
Faculté Universitaire d'Allergologie
et d'Immunologie Clinique

الدكتورة مونية لحو
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

Casablanca, le 10/08/2014 في الدار البيضاء

Dr EL RHODAF BI Hous

55 ans, Syndrome d'apnée
obstructive du sommeil
révisé IAH = 33,3/h
Index de desaturation 24/4/h

Indication d'une Ventilation
à pression positive continue



إقامة هشام، زاوية عبد المومن وزينة عبد المالك أبو مروان - الدار البيضاء - الهاتف : (05) 22 86 38 38/22 86 39 39
Résidence Hicham, Angle Bd. Abdelmourmen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - Casablanca
GSM : 06 63 88 90 87 - 06 61 88 81 83

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation

[]

Entreprise

Nom & Prénom :

Bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné

estime que l'état de santé de M.

nécessite (1) :

un acte coté à la nomenclature

«préciser coefficient»

une hospitalisation médicale de

à

une cure thermique 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)

Symptôme de type obstructif du p. pulmon
DML = 33,30 → Indication
d'une ~~bron~~ Ventilation à pression
positive continue

CACHET DATE ET
SIGNATURE DU
PRATICIEN

(1) Rayer les mentions inutiles.

Date de facturation 10/08/2022

Référence Facture :

Date début: 10/08/2022

Date Fin: 09/09/2022

Devis N°: SO8683

Nom: EL RHODAIBI HASSAN

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

N° téléphone : 0661078657

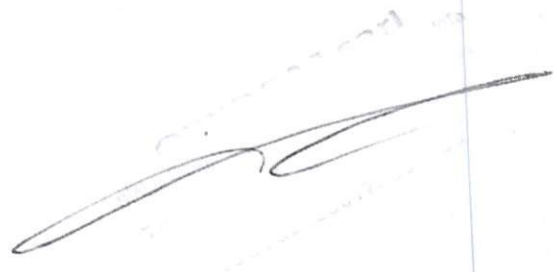
Médecin : LAHLOU MOUNIA

Code client: 09796

Facture FA22/2586

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
PR15	[PR15] Circuit Performance RP-15 MM STD TUBE - DREAMSTATION PHILIPS • S/N 145325	1,000 Unité(s)	0,0000	20%	0,00 DH
63407	[63407] Airfit F20 LGE SYS EU1 • S/N 1614340	1,000 Unité(s)	1 800,0000	20%	1 500,00 DH
Total HT					2 166,67 DH
20%					433,33 DH
Total TTC					2 600,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: deux Mille, six Cent DH zéro Centime



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, Nejla. 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 Wala
Maânf 20100. Casablanca. Maroc.
RC : 144593 - PAT : 35890244
IF : 1102972 - CNSS : 7093876
SGMB Agence S ABDELMOUMEN
Compte N° 022780000043002934049074

Somnolter - Rapport d'analyse

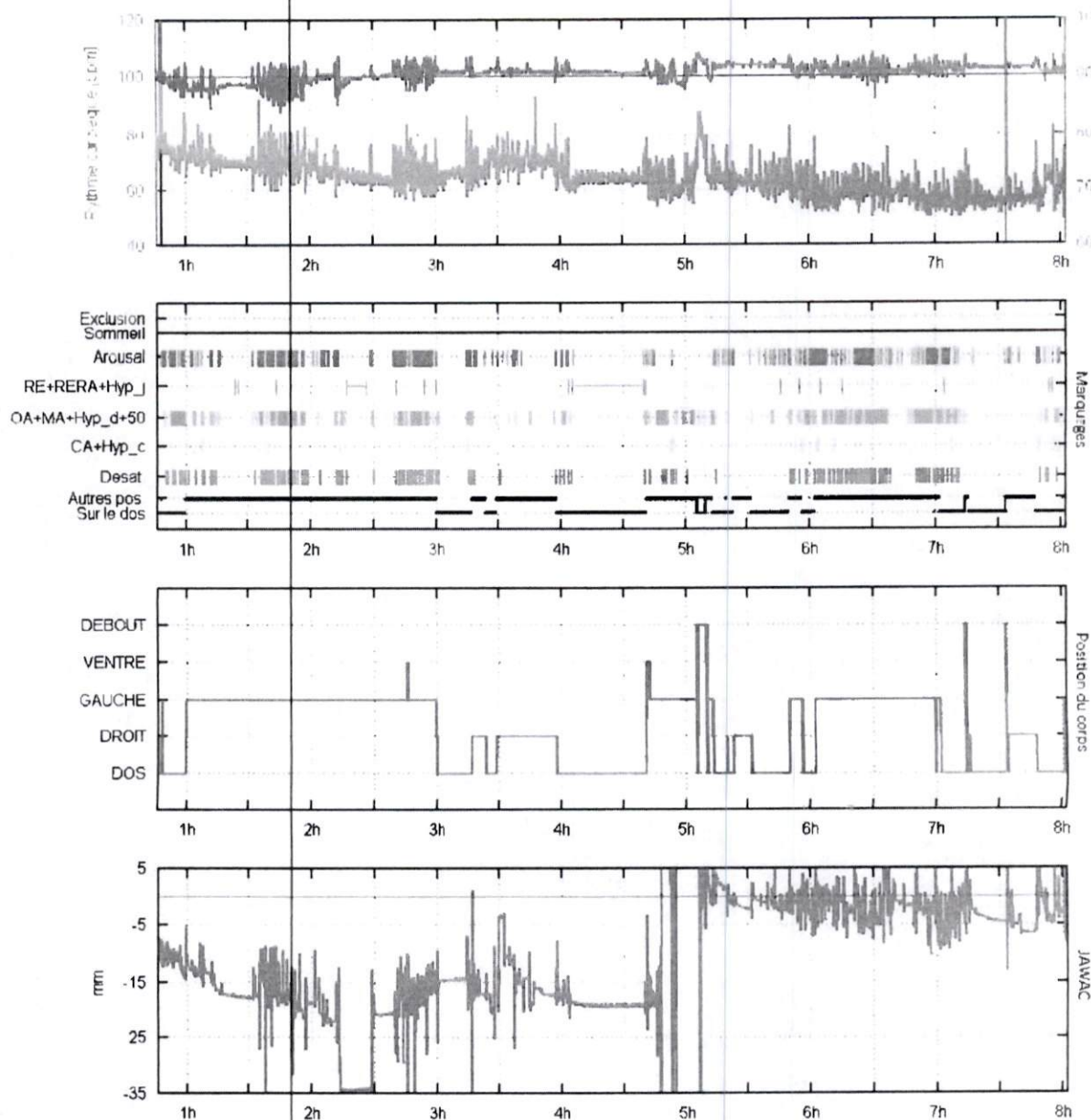
ID	Nom: EL RHODAIBI	Date d'examen [jj/mm/aa]: 29/07/22	
	Prénom: HASSAN	Type d'Analyse: Diagnostic adulte	
PATIENT	Sexe: M	EXAMEN	Temps d'analyse total [hh:mm:ss]: 07:16:13
	IMC: 27.3		Temps sommeil total [hh:mm:ss]: 07:16:13
	Poids [kg]: 78		Validité du signal de flux [%]: 100
	Taille [cm]: 169		Validité des signaux Tho./Abd. [%]: 19/95
	Né(e) le [jj/mm/aa]: 05-05-1967		Validité du signal d'oxymétrie [%]: 100
	Code Patient:		Validité du signal Jawac [%]: 96
SEVERITE	Indice d'apnées et d'hypopnées (IAH) [n/h]: 33.3	> 30	
	Indice de désaturations en oxygène (IDO)[n/h]: 21.4	15 - 30	
OXYMETRIE	Temps cumulé sous 90% de SpO2: 01:31:15 (21%)	EVENEMENTS	
	Temps cumulé sous 80% de SpO2: 00:00:17 (0.1%)		
	Temps cumulé sous 70% de SpO2: 00:00:00 (0%)		
	Saturation minimale [%]: 78		
	Saturation moyenne [%]: 91.2		
	Fréq. cardiaque moyenne [bpm]: 64		
CAPTEURS	Canule nasale	POSITION	
	Position du corps		
	Oxymétrie de pouls		
	JAWAC (mouvements mandibulaires)		

	Nombre:	Indice [n/h]:	Durée moyenne [s]:
Apnées Obstructives	92	12.7	22
Apnées Mixtes	3	0.4	21.2
Apnées (Hyp) Centrales	25 (0)	3.4 (0)	15.1
Hypopnées	122	16.8	27.4
Total	242	33.3	

	Total	Dos	Non-Dos
Durée [hh:mm:ss]	07:16:13 (100%)	02:38:47 (36%)	04:37:24 (64%)
IAH [n/h]	33.3	25.3	37.9
IDO [n/h]	21.4	12.9	26.2
Ronflement [%]	22	24	22
Durée tot. apnées [min]	97 (22%)	27 (17%)	70 (25%)
Plus longue apnée [s]	117.4	67.4	117.4

Analyse effectuée le 04/08/22 à 11:11:52 -- ALXAW v1.0.7
Rapport généré le 04/08/22 à 11:23:57 -- MakeReport v3.8.6

Somnolter - Signaux



Conclusions

La polygraphie Ventilatoire réalisée avec ceintures thoracique et abdominale, munie du signal JAWAC (Oscillations mandibulaires) est réalisée à l'air ambiant, durant la nuit du 29/07/2022. Les paramètres suivants sont enregistrés :

Saturation en oxygène (SpO2), Fréquence cardiaque FC, Flux nasal, Activité mandibulaire (JAWAC), Pression thoracique, Pression abdominale, Sommeil des pressions thoraco-abdominales, Vibration nasale (ronflements), Pléthysmographie et Position du corps.

• Examen réalisé à l'air ambiant avec appareil Polygraphe Somnolter de chez Nomics

• Logiciel : APIOS.

• Qualité des signaux : Bonne, avec un relachement du signal de la ceinture Thoracique.

• Analyse est effectuée en utilisant le scoring manuel des événements respiratoires et désaturations en oxygène selon la définition de l'AASM VIII.4.B (3% désaturation).

Scoring manuel réalisé par M.M

Scoring manuel et rapport révisés par B.K

Résultats :

Temps Total d'analyse : 07h 16min 13sec

Temps Total du Sommeil TST (estimé JAWAC) : 07h 16min 13sec

Architecture du Sommeil (Estimé grâce à l'adjonction du signal JAWAC) :

Sommeil fragmenté par des micro-éveils (estimés JAWAC) d'origine ventilatoire; Indice de fragmentation du sommeil (estimé JAWAC) : 33.3/h (pour Rappel la Norme* est inférieure à 15/h)

Effort Ventilatoire :

Effort** ventilatoire important occupant 31.5% du TST (pour Rappel la Norme*** est inférieure à 20%)

Index de désaturations en oxygène : 21.4/h, SpO2 moyenne : 91.2% et minimale : 78%

Temps passé sous 90% de SpO2: 01h 31min 15sec soit 21% du TST

Nous retenons :

SAHOS sévère: IAH : 33.3/h (avec retentissement sur la saturation en oxygène et la qualité du sommeil)

Références :

* Midsagittal Jaw Motion and Multi-Channel Analysis for Sleep-Disordered Breathing Screening; Senny F; Ph.D. Thesis; 2008; University of Liege; URN: Ulgetd-09042008-105631.

** Effort : Des périodes de mouvements mandibulaires (MM) synchronisés sur la fréquence respiratoire d'amplitude crête à crête \geq [0,3 mm] indiquent de l'effort ventilatoire

*** Martinot J-B, Le-Dong NN, Cutheberg V, Denison S, Silkoff P, Guénard H, Gozal D, Pepin J-L and Borel J-C, Mandibular Movements As Accurate Reporters Of Respiratory Effort During Sleep : Validation Against Diaphragmatic Electromyography, Front. Neurol., 2017 Jul.

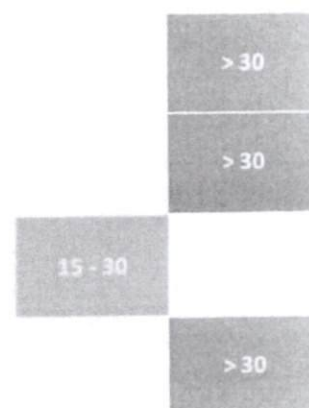
Patient : EL RHODAIBI HASSAN

Médecin Traitant : Dr LAHLOU MOUNIA

Somnolter - Analyse complémentaire

J
A
W
A
C

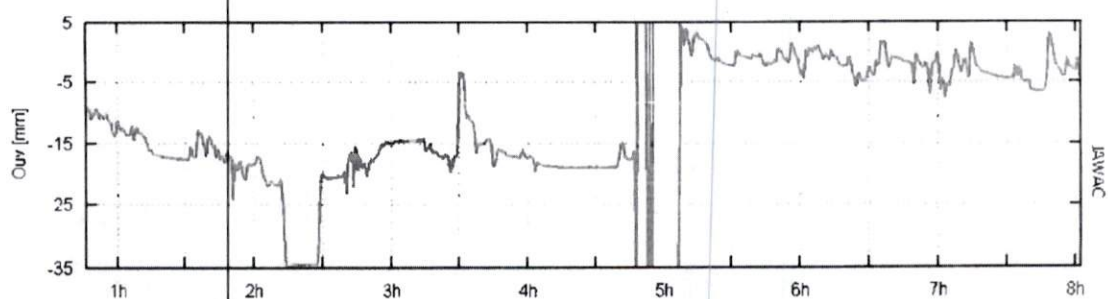
Effort ventilatoire [%]	31.5
Marquages obstructifs (OA, MA, CA, Hyp_d, Hyp_j, RE) [2]	
Indice d'apnées et d'hypopnées (IAH _{Jawac}) [n/h]	33.3
Nombre d'apnées et Hypopnées désaturantes et activantes / temps de sommeil	
Indice d'évènements respiratoires (RDI-MM) [n/h]:	20.4
Nombre d'évènements Jawac/temps de sommeil [3]	
Indice estimé de fragmentation du sommeil [n/h]:	33.3



E
V
E
N
E
M
E
N
T
S

	Nombre:	Indice [n/h]:	Durée moyenne [s]:
Apnées Obstructives	92	12.7	22
Apnées Mixtes	3	0.4	21.2
Apnées (Hyp) Centrales	25	3.4	15.1
Hyp. désaturantes et manuelles	111	15.3	28
Hyp estimées Jawac	11	1.5	21.7
Hyp avec flux <50%	-	-	-
RERA estimés Jawac	-	-	-
Total	242	33.3	

Somnolter - Mouvements mandibulaires et effort



INFOS

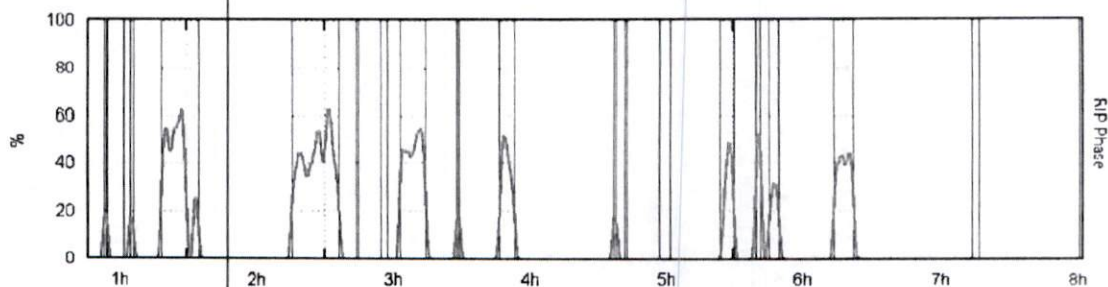
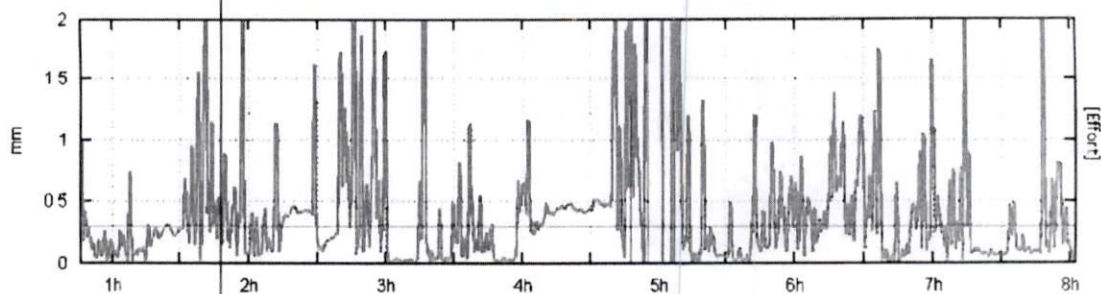
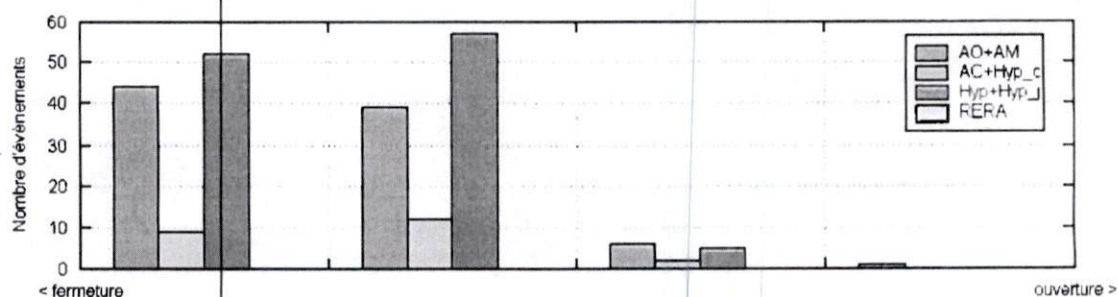
Seuil d'effort [mm]: 0.3

MESURES

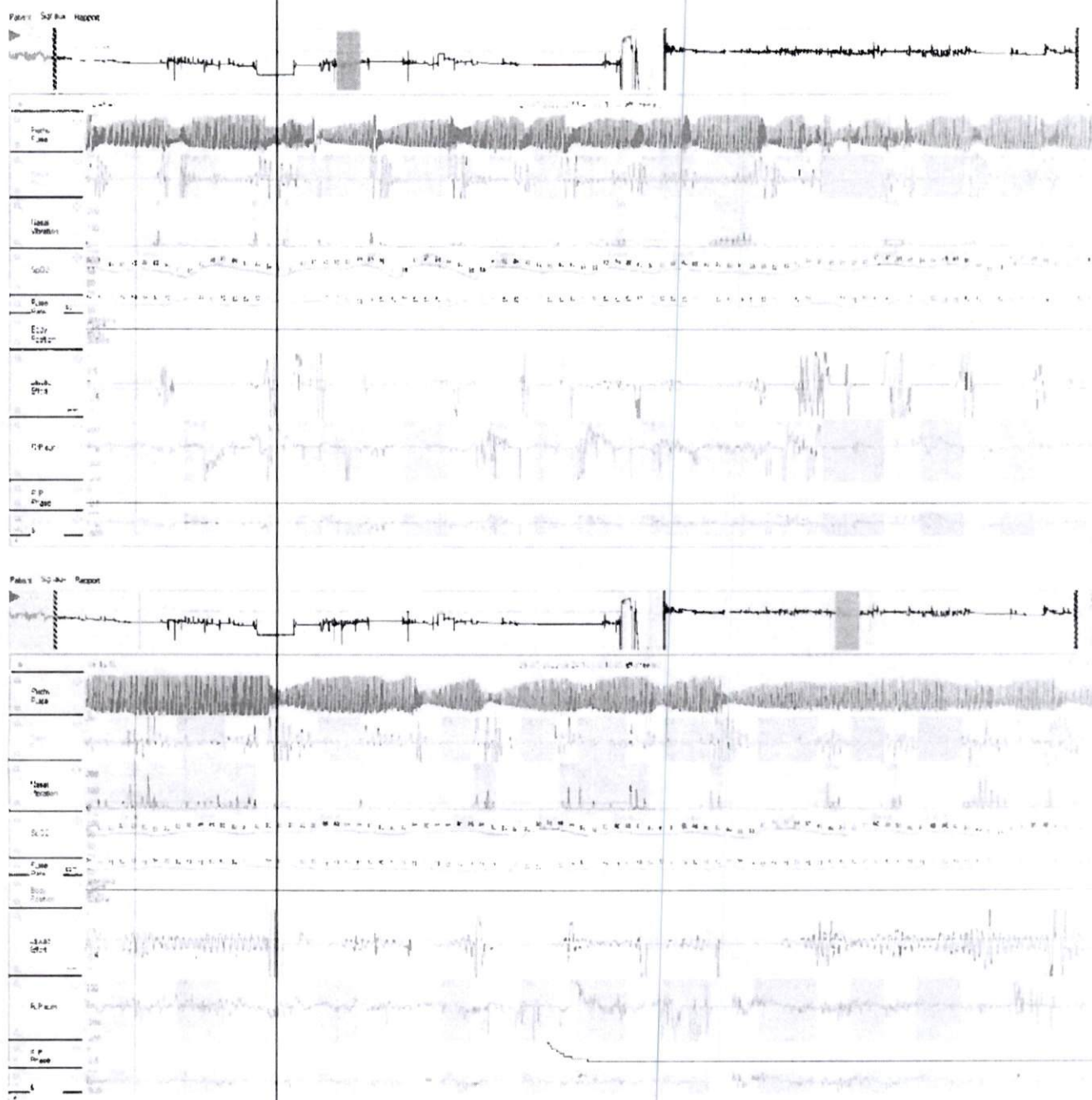
Abaissement mandibulaire maximal [mm]: 48.3

Abaissement mandibulaire médian [mm]: 13.7

Effort ventilatoire [hh:mm:ss]: 02:17:30



Somnolter - Captures



(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 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 : EL RHODI EL HASSAN
MATRICULE ASSURE : 140054129 N° CIN : BE 84943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : EL RHODI EL HASSAN Lien de parenté : 77
MATRICULE BENEFICIAIRE : 140054129
Date de naissance : 19520527
Montant des frais (DHS): 2.600.000 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

RELEVÉ DES PRESTATIONS			الصندوق التعاضدي المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 17/10/2022 Num Paiement : 1499203 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 \001CMIM0233M20221003098112										
ML3324406	10/08/2022	OXYGENEOTHER. (CPAP) LOCATION	2	1,00	85.00	1 600,00	2 400,00	0,00	1 360,00	
ML3324406	10/08/2022	ACTES (S) NON REMBOURSABLE (S)	1	1,00		1 800,00	1 800,00	0,00	0,00	Airfit F20 LGE SYS EU1 NR
Total remboursé pour HASSAN						3 400,00			1 360,00	
Total général remboursé									1 360,00	