

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-796859

benflement

167396

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 10452	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL AMRAOUI BETTY		
Date de naissance : 26/02/1975		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : / /		
Nom et prénom du malade : / /		
Age: / /		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> 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'attention du 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 : CASA

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 - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

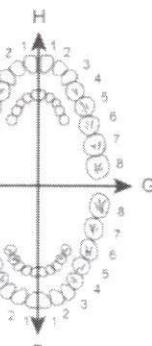
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table border="1" data-bbox="1587 925 1831 1074"> <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>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
	<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
	<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Mounia LAHLOU  
Pneumo-physiologue Allergologue  
Maladies Respiratoires et Allergiques  
Asthme, Rhinite, Tubérosommeil  
Ronflement et Apnée d'Enfants

Adjointe CHU Ibn Rochd  
Casablanca, Maroc  
Faculté Universitaire d'Allergologie  
et d'Immunologie Clinique

Casablanca, le : 10/08/2011

## الدكتورة مونية لحلو

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
المضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
ومستشفى مولاي يوسف

شهادة جامعية  
في علم المناعة والحساسية

Dr Mounia LAHLOU

rrors, Symptome d'aspiration  
obstruction nasale  
réveil nocturne  
Index d'apnée 33,3/h  
désaténase 22,4/h

Endoscopie  
→ présence positive catarrhe

d'une ventilation

Signature

إقامة هشام، زاوية عبد المؤمن وزنقة عبد الملك أبو مروان - الدار البيضاء - الهاتف : (05) 22 86 38 38/22 86 39 39  
Résidence Hicham, Angle Bd. Abdelmoumen 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.

*El HADJ DRISS MESSAOUI*

nécessite (1) :

un acte côté à la nomenclature  
«préciser coefficient»

une hospitalisation médicale de .....

à ..... «approximatif»  
«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)

*Symptome d'une obstruction du sommeil*  
*Douleur à l'aval → Infection*  
*1ere ~~paroxysme~~ Nuit dernière à peine*  
*positif continu*

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

Devise N°: SO8683

Nom: EL RHODAIBI HASSAN

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

N° téléphone : 0661078657

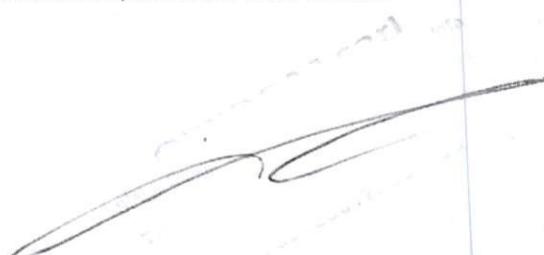
Médecin : LAHLOU MOUNIA

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 1614640	1,000 Unité(s)	1 800,0000	20%	1 500,00 DH
				<b>Total HT</b>	2 166,67 DH
				20%	433,33 DH
				<b>Total TTC</b>	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. 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 Monacouara.  
 Lot Amal 2, Nérjis. CP 30070.  
 Tél : 0635 618 548 / Fax : 0635 618 543  
 GSM : 0663 438 631  
 Email : contact.fes@oxydom.ma

**Siège social :**  
 20, rue Al Ghadfa. Résidence Wala  
 Maârif 20100. Casablanca. Maroc.  
 RC : 144593 - PAT : 35890244  
 IF : 1102972 - CNSS : 7093876  
 SGMB Agence S ABDELMOUNEN  
 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

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. [%]:

100/100

Né(e) le [jj/mm/aa]: 05-05-1967

Validité du signal d'oxymétrie [%]:

100

Code Patient:

Validité du signal Jawac [%]:

96

EXAMEN

SEVERITE

Indice d'apnées et d'hypopnées (IAH) [n/h]:

33.3

>30

OXYMETRIE

Temps cumulé sous 90% de SpO2: 01:31:15 (21%)

Nombre: Indice [n/h]: Durée moyenne [s]:

Temps cumulé sous 80% de SpO2: 00:00:17 (0.1%)

Apnées Obstructives 92 12.7 22

Temps cumulé sous 70% de SpO2: 00:00:00 (0%)

Apnées Mixtes 3 0.4 21.2

Saturation minimale [%]: 78

Apnées (Hyp) Centrales 25 (0) 3.4 (0) 15.1

Saturation moyenne [%]: 91.2

Hypopnées 122 16.8 27.4

Fréq. cardiaque moyenne [bpm]: 64

Total 242 33.3

ÉVÉNEMENTS

CAPTEURS

Canule nasale

Total Dos Non-Dos

Position du corps

Durée [hh:mm:ss] 07:16:13 (100%) 02:38:47 (36%) 04:37:24 (64%)

Oxymétrie de pouls

IAH [n/h] 33.3 25.3 37.9

JAWAC (mouvements mandibulaires)

IDO [n/h] 21.4 12.9 26.2

POSITION

Ronflement [%] 22 24 22

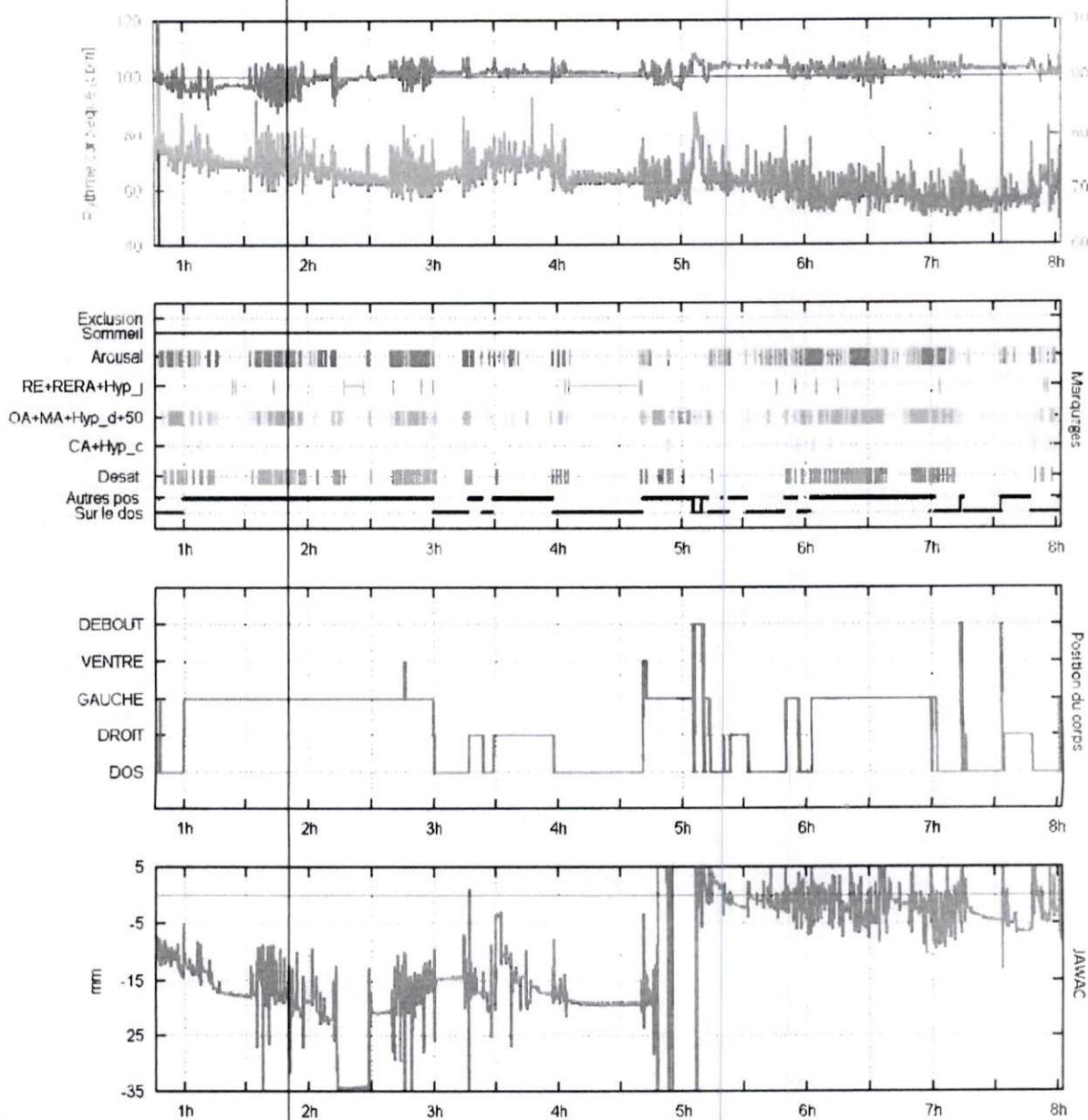
Durée tot. apnées [min] 97 27 70

(22%) (17%) (25%)

Plus longue apnée [s] 117.4 67.4 117.4

Analyse effectuée le 04/08/22 à 11:11:52 - AW, AW v10.7  
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 (SpO<sub>2</sub>), Fréquence cardiaque FC, Flux nasal, Activité mandibulaire (JAWAC), Pression thoracique, Pression abdominale, Sommation 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 relâchement du signal de la ceinture Thoracique.
- Analyse est effectuée en utilisant le scorage manuel des événements respiratoires et désaturations en oxygène selon la définition de l'AASM VIII.4.B (3% désaturation).
- Scorage manuel réalisé par M.M
- Scorage 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 désaturation 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 :

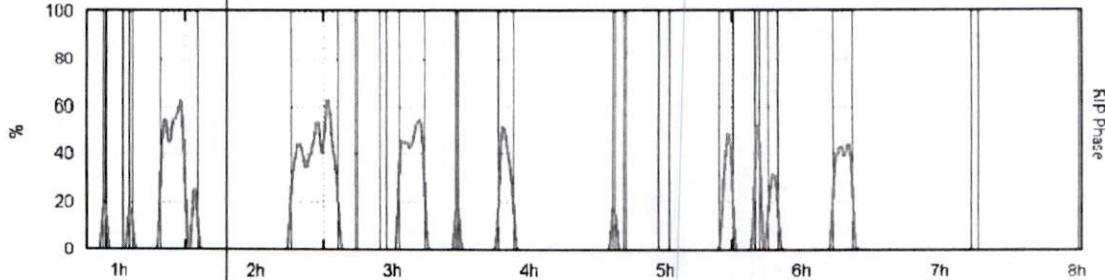
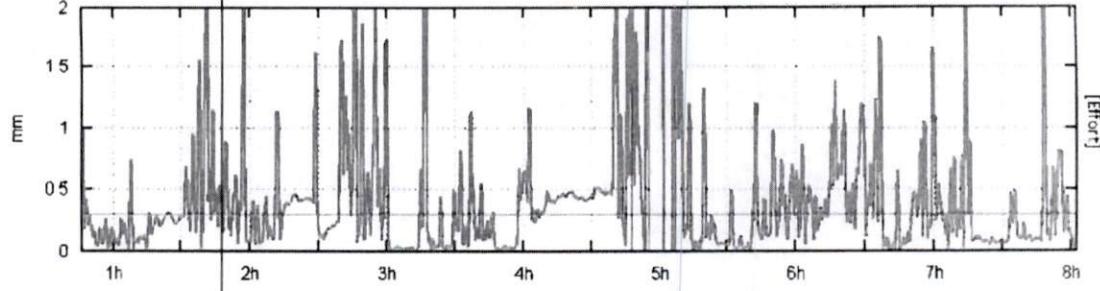
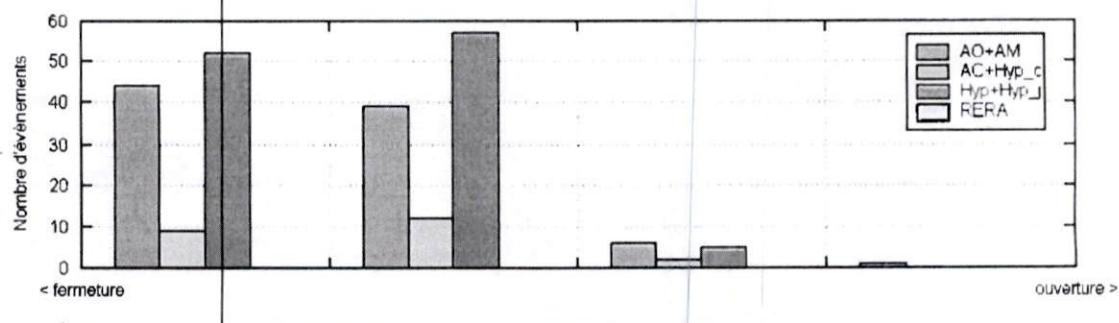
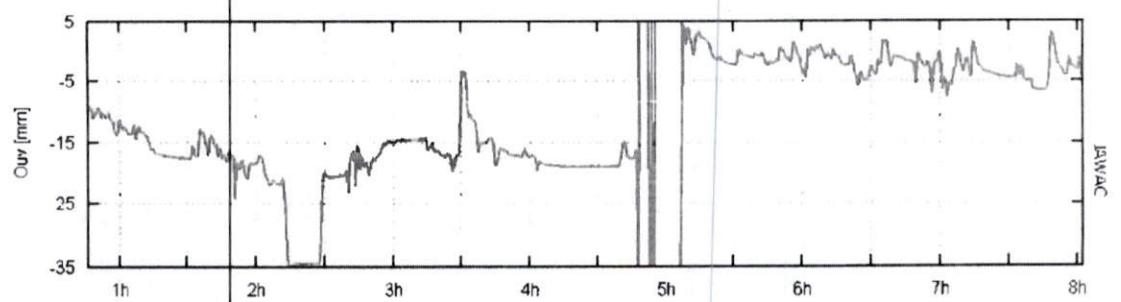
- \* Midsagittal Jaw Motion and Multi-Channel Analysis for Sleep-Disordered Breathing Screening; Senny F; Ph.D. Thesis; 2008; University of Liege; URN: Ulgetd-09042008-105631.
- \*\* Effort : Des périodes de mouvements mandibulaires (MM) synchronisés sur la fréquence respiratoire d'amplitude crête à crête  $\geq [0,3 \text{ mm}]$  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

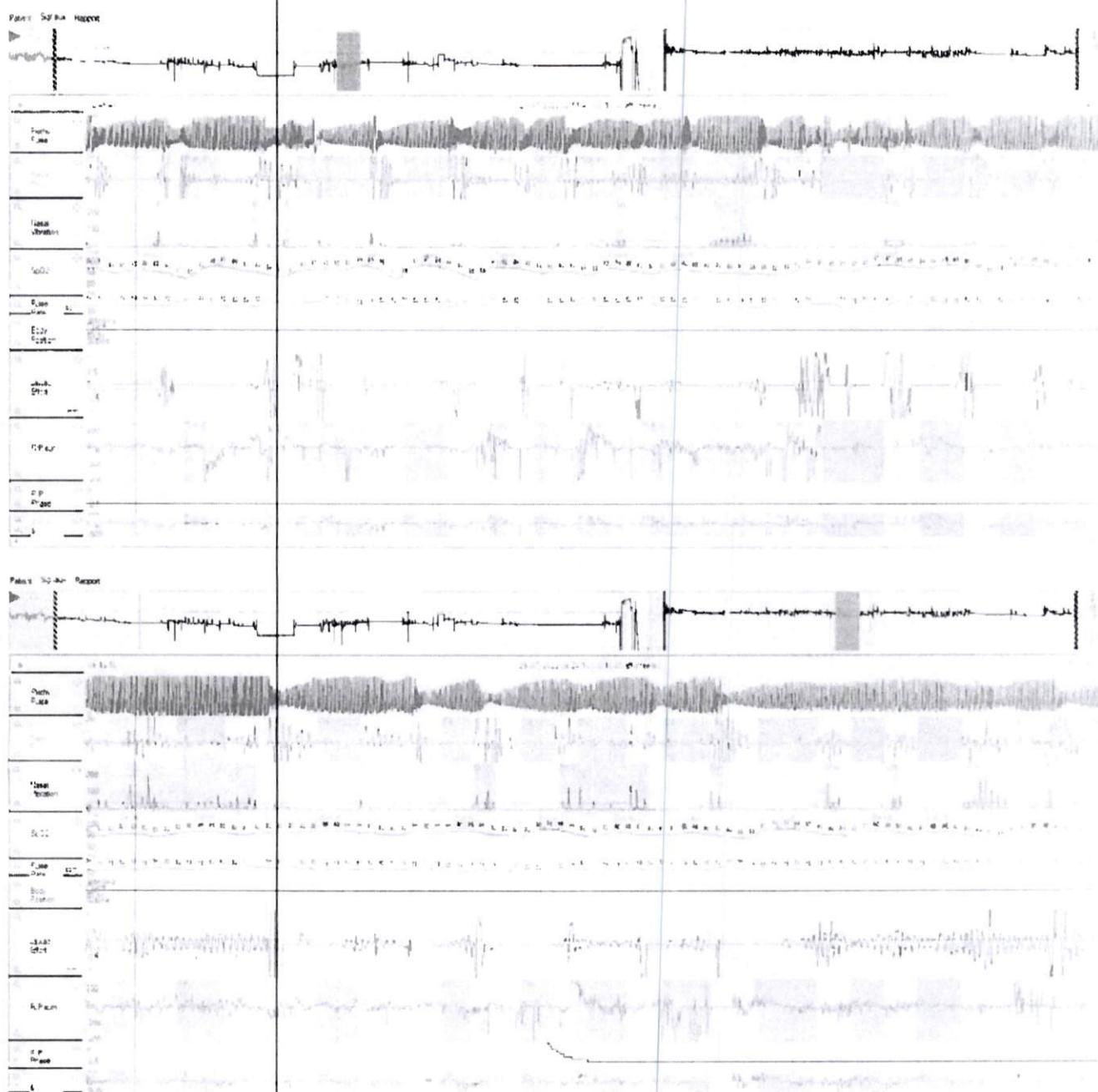
## Somnolter - Analyse complémentaire

 	<b>Effort ventilatoire [%]</b> <small>Marquages obstructifs (OA, MA, CA, Hyp_d, Hyp_l, RE) [2]</small>	<b>31.5</b>	> 30																																				
	<b>Indice d'apnées et d'hypopnées (IAH Jawac) [n/h]</b> <small>Nombre d'apnées et Hypopnées désaturantes et activantes / temps de sommeil</small>	<b>33.3</b>	> 30																																				
	<b>Indice d'évènements respiratoires (RDI-MM) [n/h]:</b> <small>Nombre d'évènements Jawac/temps de sommeil [3]</small>	<b>20.4</b>	15 - 30																																				
	<b>Indice estimé de fragmentation du sommeil [n/h]:</b>	<b>33.3</b>	> 30																																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Nombre:</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Indice [n/h]:</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Durée moyenne [s]:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;">Apnées Obstructives</td> <td style="text-align: center;">92</td> <td style="text-align: center;">12.7</td> <td style="text-align: center;">22</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Apnées Mixtes</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">0.4</td> <td style="text-align: center;">21.2</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Apnées (Hyp) Centrales</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">3.4</td> <td style="text-align: center;">15.1</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Hyp. désaturantes et manuelles</td> <td style="text-align: center;">111</td> <td style="text-align: center;">15.3</td> <td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Hyp estimées Jawac</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">1.5</td> <td style="text-align: center;">21.7</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Hyp avec flux &lt;50%</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">RERA estimés Jawac</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: bottom; text-align: right;">Total</td> <td style="text-align: center;">242</td> <td style="text-align: center;">33.3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					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	
	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



## Somnolter - Captures



PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : EL HASSAN BEN ABDERRAHMANE

Nature de la maladie ( ): Angine aiguë

(e) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMII)

## 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	10/08/2021	G			<del>01082021</del>
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					

(\*)<sup>1</sup> - 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 (jj)² début Traitement	Date (jj)² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense

100% de la valeur ajoutée générée par la vente des instruments achetés.

## OPTIQUE (1)

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)<sup>3</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



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:



### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ (E)

Nom et Prénom : DR. EL HODAÏ SI HASSAN

MATRICULE ASSURÉ : 14015141219 N° CIN : 18284943

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : DR. EL HODAÏ SI HASSAN Lien de parenté : 29

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 105015167

Date de naissance : 1950-05-07

Montant des frais (DHS) : 26000 Nombre de pièces jointes : 11

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

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

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)

## RELEVE DES PRESTATIONS



الصندوق التعاوني 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 remboursé	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	