

## 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, prothèse auditive, ostéopédagogique, si ce 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-764953

131787

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
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 AYAOUI SEMY			
Date de naissance : 26/07/1975			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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

*HAKAN H. MUPRAS ACCUEIL 03 OCT 2022*

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

Fait à : CASA Le : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les 3 mois qui suivent le premier acte médical.
- 2- les risques liés aux accidents de travail, de la voie publique et les maladies professionnelles, Pouvant être indemnisés par un tiers responsable ne sont pas couverts.
- 3- l'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires.
- 4- La présente demande est remplie par le médecin lors de chaque visite et par le pharmacien lors de l'exécution de chaque ordonnance médicale.
- 5- 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
- 6- Facture de l'opticien : lunettes & lentilles
- 7- Prescription des analyses et radio
- 8- Copies des résultats des analyses et comptes rendus des radiographies doivent être joints aux ordonnances transmises
- 9- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible de sanctions légales et réglementaires.

## 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 REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

### REFERENCE DOSSIER



\* ML9000853 \*

5944

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : D. AHDAD EL HASSAN

MATRICULE ASSURE : 10105141243 N° CIN : 84.943

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : D. AHDAD EL HASSAN Lien de parenté : 77

MATRICULE BENEFICIAIRE : 10105141243

Date de naissance : 05/01/67

Montant des frais (DHS) : 2.900,00 Nombre de pièces jointes : 1

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

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

SIEGE SOCIAL: 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : EL RA DD ABBI KASSAN

Nature de la maladie : AFFECTION RESPIRATOIRE

CIM-10 :

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Médecin traitant	27-07-22	3000		DOCTEUR MOUINIA LALOU Rue Abou Marouane - Casa Tél : 022.86.39.39/022.86.54.22	019 60 87 99
Radiographie	27-07-22	1000		DOCTEUR MOUINIA LALOU Rue Abou Marouane - Casa Tél : 022.86.39.39/022.86.54.22	
Analyses					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux	28/07/92		18000	DET: 019 60 87 99 PAT: 3000 ICE: 0000000000000000	

\* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, DialysePsychothérapie..)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : 0000000

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
	TOTAL	.....	.....		

OPTIQUE

Code INP : 0000000

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

**RELEVE DES PRESTATIONS**

**الصندوق التعاوني المهني المغربي**
**Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine**
**Date de paiement** : 29/08/2022

**Num Paiement** : 1468195

**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** : 09/09/2022

**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
<b>Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0269M20220822030053</b>										
ML9000853	27/07/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	300,00	300,00	0,00	255,00	
ML9000853	27/07/2022	EFR (Exploration Fonct. Resp.)	1	1,00	85.00	600,00	750,00	0,00	510,00	
ML9000853	27/07/2022	RX THORAX F	1	12,00	85.00	200,00	132,00	0,00	112,20	
ML9000853	27/07/2022	POLYGRAPHIE	1	1,00	85.00	1 800,00	1 075,00	0,00	913,75	
<b>Total remboursé pour HASSAN</b>						2 900,00			1 790,95	
<b>Total général remboursé</b>										1 790,95

**Docteur LAHLOU Mounia**

**Pneumo-phtisiologue Allergologue**

**Maladies respiratoires et Allergiques**

**Asthme , Rhinite , Tuberculose**

**Honoraires**

Casablanca le : 27/07/2022

**Nom : EL RHODAIBI**

**Prénom : Hassan**

**Consultation :**

**Cliché Thoracique : 200 DH**

**Nébulisation :**

**Tests cutanés allergologiques :**

**Spirométrie : 600 DH**

**Plethysmographie :**

**Bronchoscopie :**

**Vaccination :**

**Polgraphie ventilatoire :**

**Polysomnographie :**

**DOCTEUR MOUNIA LAHLOU**  
**Pneumo-phtisiologue Allergologue**  
Res Hicham Angle Bd Abdelloumen  
et Rue Abou Marquand - Casab  
Tél : 022.86.39.39/022.86.54.22



**Dr LAHLOU Mounia**

**Pneumo-phtisiologue Allergologue**

**Maladies respiratoires et Allergiques**

**Asthme , Rhinite ,Tuberculose**

**Ronflement et Apnées du sommeil**

### **CLICHE THORACIQUE DE FACE**

**Casablanca le : 27/07/2022**

**Nom : EL RHODAIBI      Prénom : Hassan**

**Les deux champs pulmonaires sont de transparence normale**

**Les culs de sac pleuraux sont libres**

**Silhouette cardio-médiastinale d aspect normal**

**Pas de lésion osseuse évidente**

**Conclusion : image thoracique normale**

*DR MOUNIA LAHLOU  
Pneumo-phtisiologue Allergologue  
Res Hicham Angle 90, Rue Moumen  
et Rue Aroua 27/07/2022  
Tél : 022.56.56.22*



**COSMED**  
Via dei Piani di Monte Savello, 37 - 00041 Albano Laziale - Rome  
<http://www.cosmed.com>

Date de visite: 27/07/2022  
Imprimé le 27/07/2022

Nom	<b>Hassan EL RHODAIBI</b>		ID1	Sexe	Homme	Âge	55	Poids (kg)	77,00	Taille (cm)	168,0
Employeur			Date Naissance	ID2	IMC (kg·m <sup>-2</sup> )	Tabac	Oui	Années avec tabac	30	Cig/Jour	20
Occupation			05/05/1967	Operateur	27,3	Médecin					
Groupe ethnique	Caucasien	Chambre		Val. prédictives							
				GLI (Spirométrie)							

Interprétation:

Diagnostic : Dyspnée

Coopération : assez bonne

Conclusion : courbe débit volume dans les limites de la normale

Rapport confirmé      Signature: \_\_\_\_\_

### Capacité Vitale Forcée

@ 16:40 (Pré) - 17:01 (Post BD)

	PRÉ		POST BD (Salbutamol: 400 400)								
	Mesure	Val.Norm	Préd.	% Préd.	z score	Mesure	Variation %	Change %	Préd.	z score	
CVF	L	<b>4,63</b>	3,25 - 5,17	4,20	110		<b>4,40</b>	-0,23	-5	105	
VEMS	L	<b>3,97</b>	2,55 - 4,05	3,32	120		<b>3,82</b>	-0,14	-4	115	
VEMS/CVF%	%	<b>85,7</b>	67,4 - 88,9	79,0	109		<b>87,0</b>	1,3	2	110	
DEM	L/s	<b>7,14</b>	—	—	—		<b>7,98</b>	0,84	12	—	—
DEM25-75%	L/s	<b>4,59</b>	1,54 - 4,89	2,98	154		<b>4,66</b>	0,06	1	156	
DEM25%	L/s	<b>2,36</b>	0,40 - 2,11	0,95	249		<b>2,30</b>	-0,06	-3	242	
DEM50%	L/s	<b>5,31</b>	—	—	—		<b>5,26</b>	-0,05	-1	—	—
DEM75%	L/s	<b>6,73</b>	—	—	—		<b>7,45</b>	0,71	11	—	—
VEM6	L	<b>0,00</b>	—	—	—		<b>0,00</b>	0,00	—	—	—
VEMS/VEM6s%	%	<b>0,0</b>	—	—	—		<b>0,0</b>	0,0	—	—	—
DIM/DEM 50%	%	<b>0,8</b>	—	—	—		<b>0,5</b>	-0,3	-36	—	—
VEMS/CVmax%	%	<b>85,7</b>	67,4 - 88,9	79,0	109		<b>87,0</b>	1,3	2	110	

CQ Système Pré:

CQ Système Post:

**D**

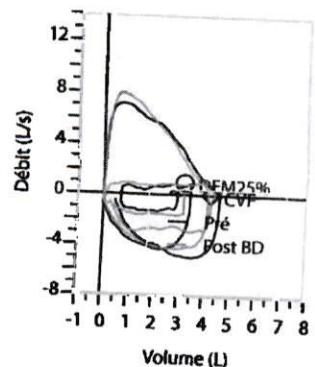
Moyen

CQ Opérateur Pré:

**D**

Moyen

CQ Opérateur Post:



B66fCUH MOUNIA AALOU  
111170-Bilisivlagha pneumologue  
Kes Hicham Angle Bd. Abdellah Ben  
et Rue Abou Marwan  
Tél : 022.86.39.39/022.86.54.22



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 [REDACTED]

Entreprise .....

Nom & Prénom : .....

Bénéficiaire : .....

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné .....

estime que l'état de santé de M .....

EL RUOONZ K. [Signature]

nécessite (1) :

un acte côté à la nomenclature  
«préciser coefficient»

une hospitalisation médicale de .....

à ..... «approximatif»  
«Préciser N° d'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)

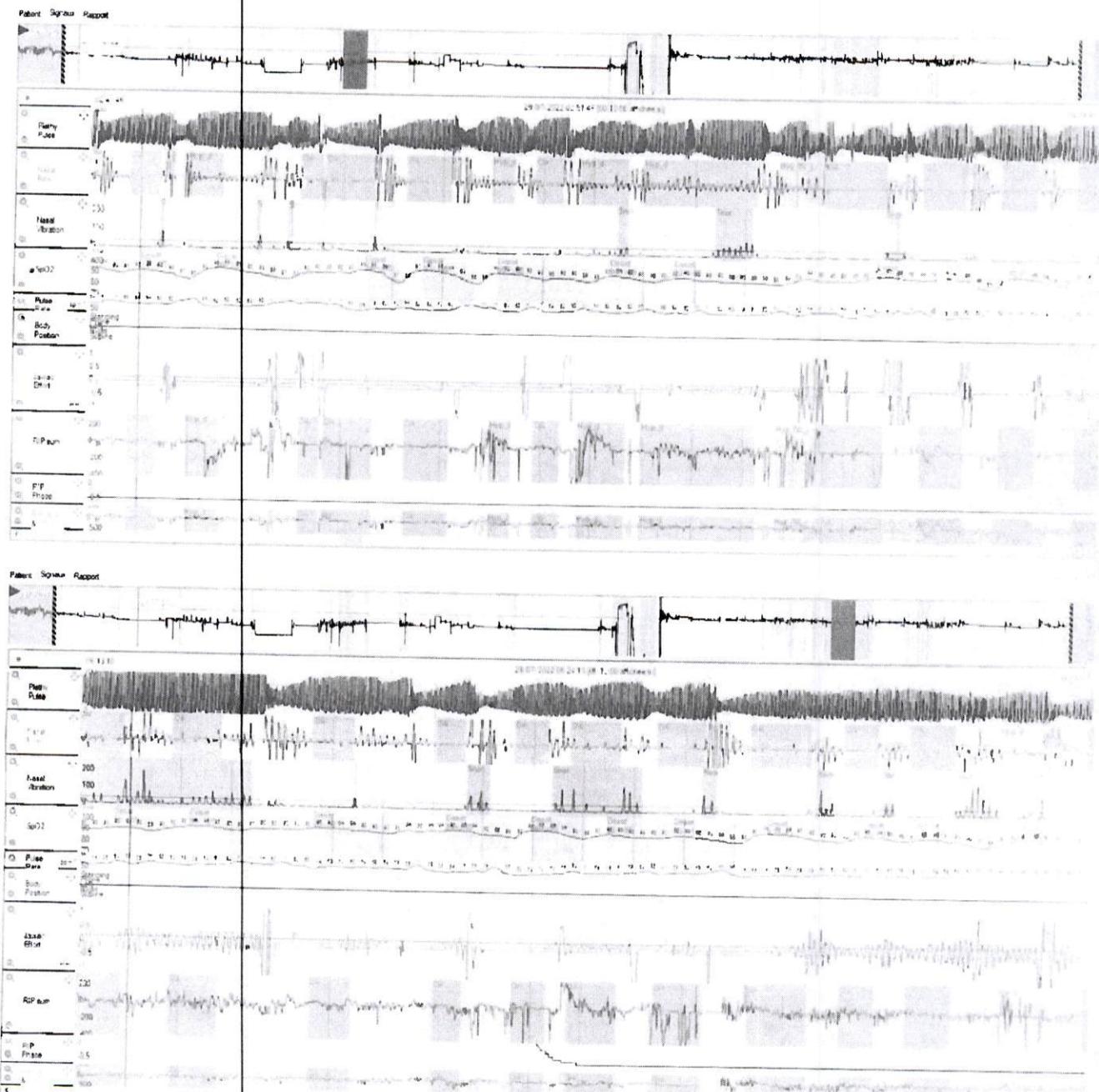
Barber y Melancopie, Maladie  
mentale, Schizophrénie

(1) Rayer les mentions inutiles.

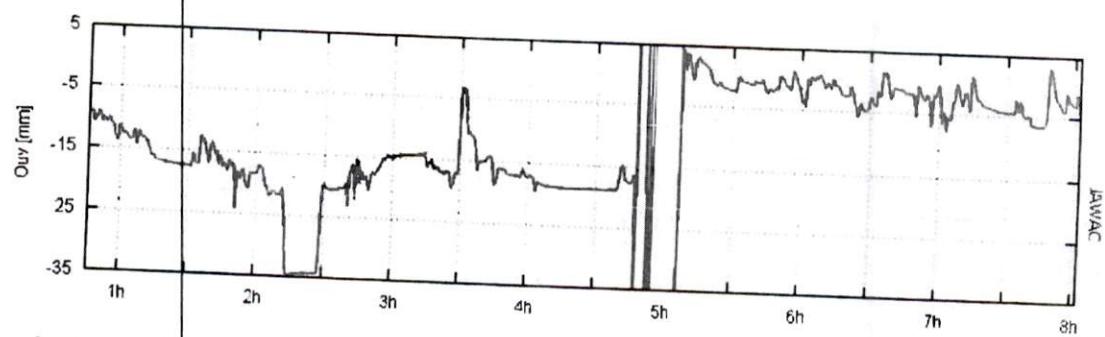
CACHET DATE ET  
SIGNATURE DU  
PRATICIEN

DOCTEUR MOUAD HOU  
T. 052 39 39 02 85 55 22  
Res. Hicham Anfa  
Bd. Abdellatif Ben  
El Rabta 33 39 02 85 55 22

## Somnolter - Captures



## Somnolter - Mouvements mandibulaires et effort



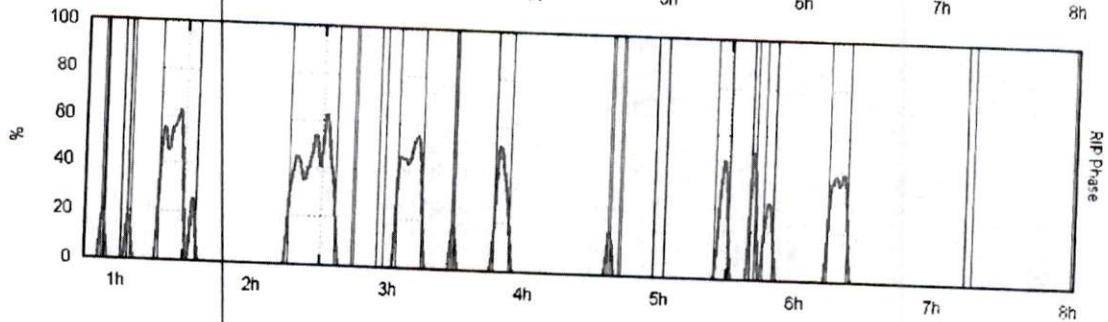
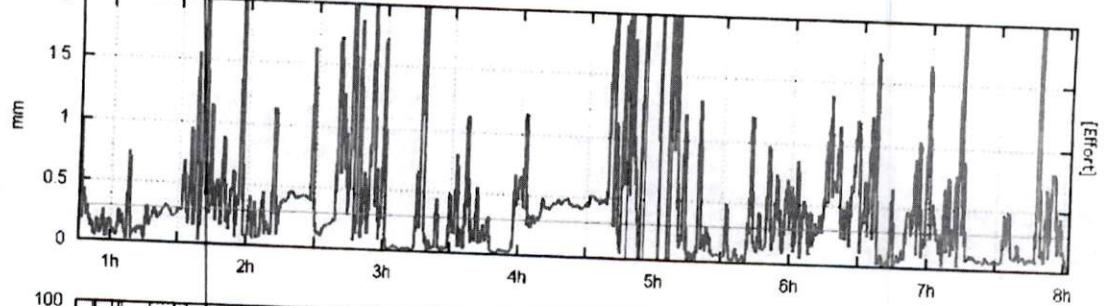
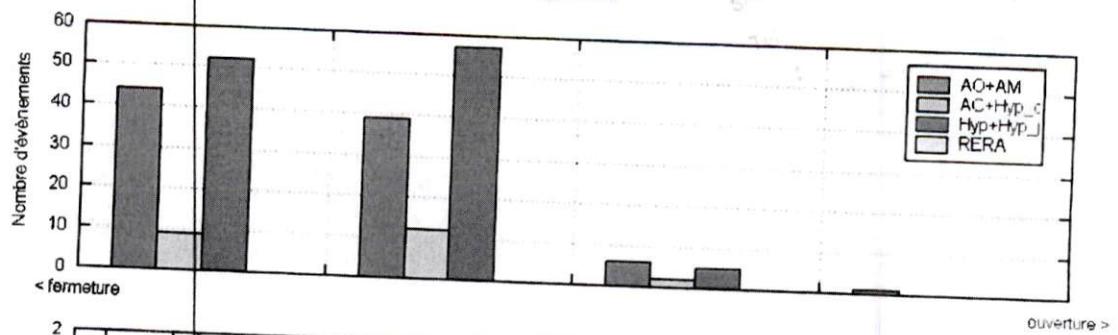
Seuil d'effort [mm]: 0.3

M  
E  
S  
U  
R  
E  
S

Abaissement mandibulaire maximal [mm]: 48.3

Abaissement mandibulaire médian [mm]: 13.7

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



Somnolter - Analyse complémentaire

<b>Effort ventilatoire [%]</b>	
Marquages obstructifs (OA, MA, CA, Hyp_d, Hyp_l, RE) [2]	<b>31.5</b>
<b>Indice d'apnées et d'hypopnées (IAH_Jawac) [n/h]</b>	
Nombre d'apnées et Hypopnées désaturantes et activantes /temps de sommeil	<b>33.3</b>
<b>Indice d'événements respiratoires (RDI-MM) [n/h]:</b>	
Nombre d'événements Jawac/temps de sommeil [3]	<b>20.4</b>
<b>Indice estimé de fragmentation du sommeil [n/h]:</b>	<b>33.3</b>

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

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 :

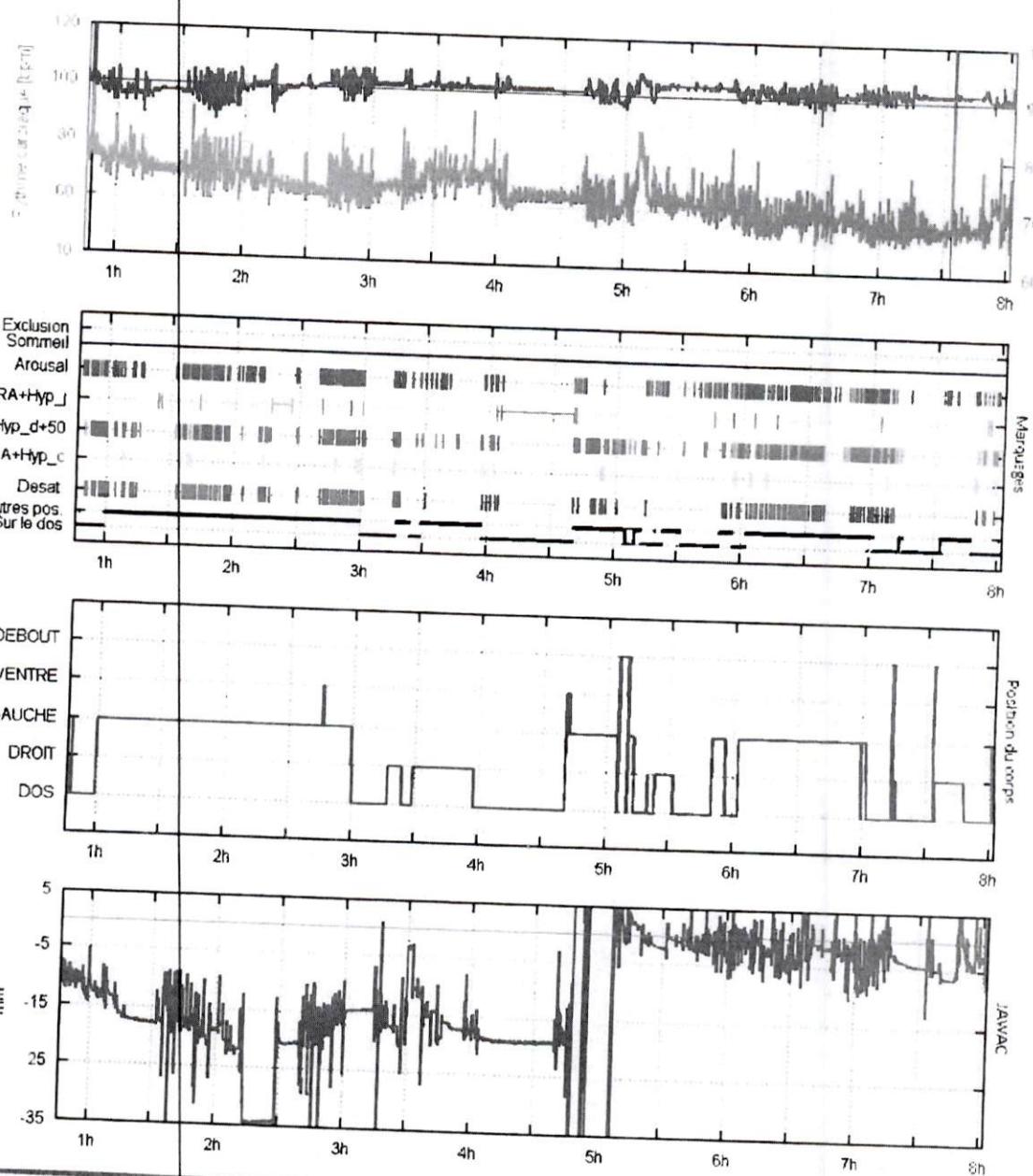
• Midsagittal Jaw Motion and Multi-Channel Analysis for Sleep-Disordered Breathing Screening; Senny F; Ph.D. Thesis, 2008; University of Liege; URN: Ulgetd-09042008-105631.

• Effort : Des périodes de mouvements mandibulaires (MM) synchronisés sur la fréquence respiratoire d'amplitude créte à créte >= [0,3 mm] indiquent de l'effort ventilatoire

• Martinot J-B, Le-Dong NN, Cutheberg V, Denison S, Silkoff P, Guenard 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 - 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

## Somnolter - Rapport d'analyse

ID

PATIENT

SEVERITE

OXIMETRIE

CAPTEURS

Nom: EL RHODAIBI

Prénom: HASSAN

Sexe: M

IMC: 27.3

Poids [kg]: 78

Taille [cm]: 169

Né(e) le [jj/mm/aa]: 05-05-1967

Code Patient:

Date d'examen [jj/mm/aa]:

29/07/22

Type d'Analyse:

Diagnostic adulte

EXAMEN

Temps d'analyse total [hh:mm:ss]:	07:16:13
Temps sommeil total [hh:mm:ss]:	07:16:13
Validité du signal de flux [%]:	100
Validité des signaux Tho./Abd. [%]:	19/95
Validité du signal d'oxymétrie [%]:	100
Validité du signal Jawac [%]:	96

Indice d'apnées et d'hypopnées (IAH) [n/h]: 33.3

&gt; 30

Indice de désaturations en oxygène (IDO)[n/h]: 21.4

15 - 30

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

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

ÉVÉNEMENTS

	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	

POSITION

	Total	Dos	Non-Dos
Durée [hh:mm:ss] (100%)	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 -- Analyse v2.6.7  
Rapport généré le 04/08/22 à 11:23:57 -- MakeReport v1.8.1



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

SGMB Bir Anzarane Casa  
Compte N°: 022780000043002934049074

Date de facturation 28/07/2022

Devis N°: SO8586

Nom: EL RHODAIBI HASSAN  
N° téléphone : 0661078657  
Médecin : LAHLOU MOUNIA  
Code client: 09796

## Facture FA22/2434

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
BRIZZY +	[BRIZZY +] POLYGRAPHIE BRIZZY PLUS	1,000 Unité(s)	1 800,0000	20%	1 500,00 DH
<hr/>					Total HT 1 500,00 DH
20%					300,00 DH
<hr/>					Total TTC 1 800,00 DH

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

OXYDOM  
Siège Social : Casablanca  
Tél: 0522 862 084  
Fax: 0522 862 084  
RABAT : Im. N° 18 , Appt N°1. Résidence Safsaf  
Rue Aguelmane Sidi Ali. Agdal.  
Tél : 0537 774 076 / Fax : 0537 774 078  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.rabat@oxydom.ma  
FES : Appt n°1 1ER étage. Résidence Rayan  
Av. Al Madina Monouara.  
Lot Amal 2, Narija. CP 30070.  
Tél : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.fes@oxydom.ma  
WAFIA : 20, rue Al Ghadra. Résidence Wafa  
Maârif 20100. Casablanca. Maroc.  
RC : 144593 - PAT : 35890244  
IF : 1102972 - CNSS : 7093876  
SGMB Agence S ABDELMOLMEN  
Compte N° 022780000043002934049074

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 Safsaf  
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 Monouara.  
Lot Amal 2, Narija. 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 ABDELMOLMEN  
Compte N° 022780000043002934049074



## الصندوق التعاوني المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

## **DEMANDE D'ACCORD PREALABLE**

**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

n° CL RHODAL BI Hassan

**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

في:

الدار البيضاء، في:

Somnolence diurne, ronflement  
avies respiration paroxystique  
de Sommeil.

Suspicion d'opacité obstructive  
du sommeil

Poly sommeil Ventilation

Dr. MOUNIA LAHLOU  
Pneumo-phtisiologue Allergologue  
Résidence Hicham Angle Bd. Abdelmalek  
et Rue Abou Marouane - Casablanca  
Tél : 022.36.35.30.72  
GSM : 06 63 88 90 87 - 06 61 88 81 83

إقامة هشام، زاوية عبد المؤمن ورقة ابنة ابرهيم ابر مروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05) 22 86 38 38/22 86 39 39  
Résidence Hicham, Angle Bd. Abdelmalek Abou Marouane - Casablanca  
GSM : 06 63 88 90 87 - 06 61 88 81 83