

## 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, orthopédie, 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-764953

131787

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1042

Matricule : 1042 Société : RA7

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : E. LATRAOUI SETTY

Date de naissance : 26/07/1975

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

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 : ☐ 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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

REFERENCE DOSSIER



\* ML9000853 \*

(Réservée à la CMIM)

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

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

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : Dr. HODJAZI HASSAN  
MATRICULE ASSURE : 40054123 N° CIN : 84943

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Dr. HODJAZI HASSAN Lien de parenté : 77  
MATRICULE BENEFICIAIRE : 11111111  
Date de naissance : 15/01/67  
Montant des frais (DHS) : 2 900,00 Nombre de pièces jointes : 11

## 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)





<b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b>		 <b>الصندوق التآصدي المنهف المرفرفف</b> <b>Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine</b>
Date de paiement : 29/08/2022 Num Paiement : 1468195 Assuré : EL RHODAIBI HASSAN N° d'immatriculation : 10054129 Mode de règlement : Virement		<b>EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA)</b>  <b>AUC</b> <b>EL OULFA MAROC</b>
Emis à Casablanca le : 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 rembourser	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0269M20220822030053										
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	
Total remboursé pour HASSAN						2 900,00			1 790,95	
Total général remboursé									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 Bx Abdelmoumen  
et Rue Abou Marwan - Casa  
Tél : 022.36.39.39/022.36.54.22



**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**  
**Respiratoire et Allergique**  
**et Rue 4000 Mohammed VI**  
**Tel : 022 55 55 55 55**



**COSMED**  
The Metabolic Company

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

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	4,63	3,25 - 5,17	4,20	110	4,40	-0,23	-5	105		
VEMS	L	3,97	2,55 - 4,05	3,32	120	3,82	-0,14	-4	115		
VEMS/ CVF%	%	85,7	67,4 - 88,9	79,0	109	87,0	1,3	2	110		
DEP	L/s	7,14				7,98	0,84	12			
DEM25-75%	L/s	4,59	1,54 - 4,89	2,98	154	4,66	0,06	1	156		
DEM25%	L/s	2,36	0,40 - 2,11	0,95	249	2,30	-0,06	-3	242		
DEM50%	L/s	5,31				5,26	-0,05	-1			
DEM75%	L/s	6,73				7,45	0,71	11			
VEM6	L	0,00				0,00	0,00				
VEMS/VEM6s%	%	0,0				0,0	0,0				
DIM/DEM 50%		0,8				0,5	-0,3	-36			
VEMS/ CVmax%	%	85,7	67,4 - 88,9	79,0	109	87,0	1,3	2	110		

CQ Système Pré:

CQ Système Post:

D

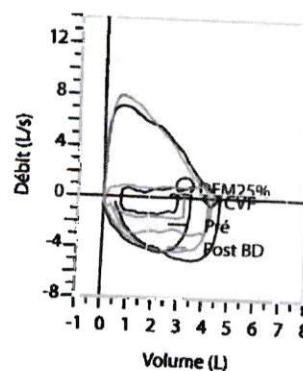
Moyen

CQ Opérateur Pré:

CQ Opérateur Post:

D

Moyen



**BOBTEUM MOUMIA LAILAY**  
Infirmière - Pneumologue - Physiologue  
Res Hicham Angie Bd. Abdelkader  
et Rue Abou Marwan  
Tél : 022.96.39.39/022.86.57.22





36, Boulevard d'Anfa  
CASABLANCA

الصندوق التعاضدي المهني المغربي  
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

## 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 RHODIA

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)

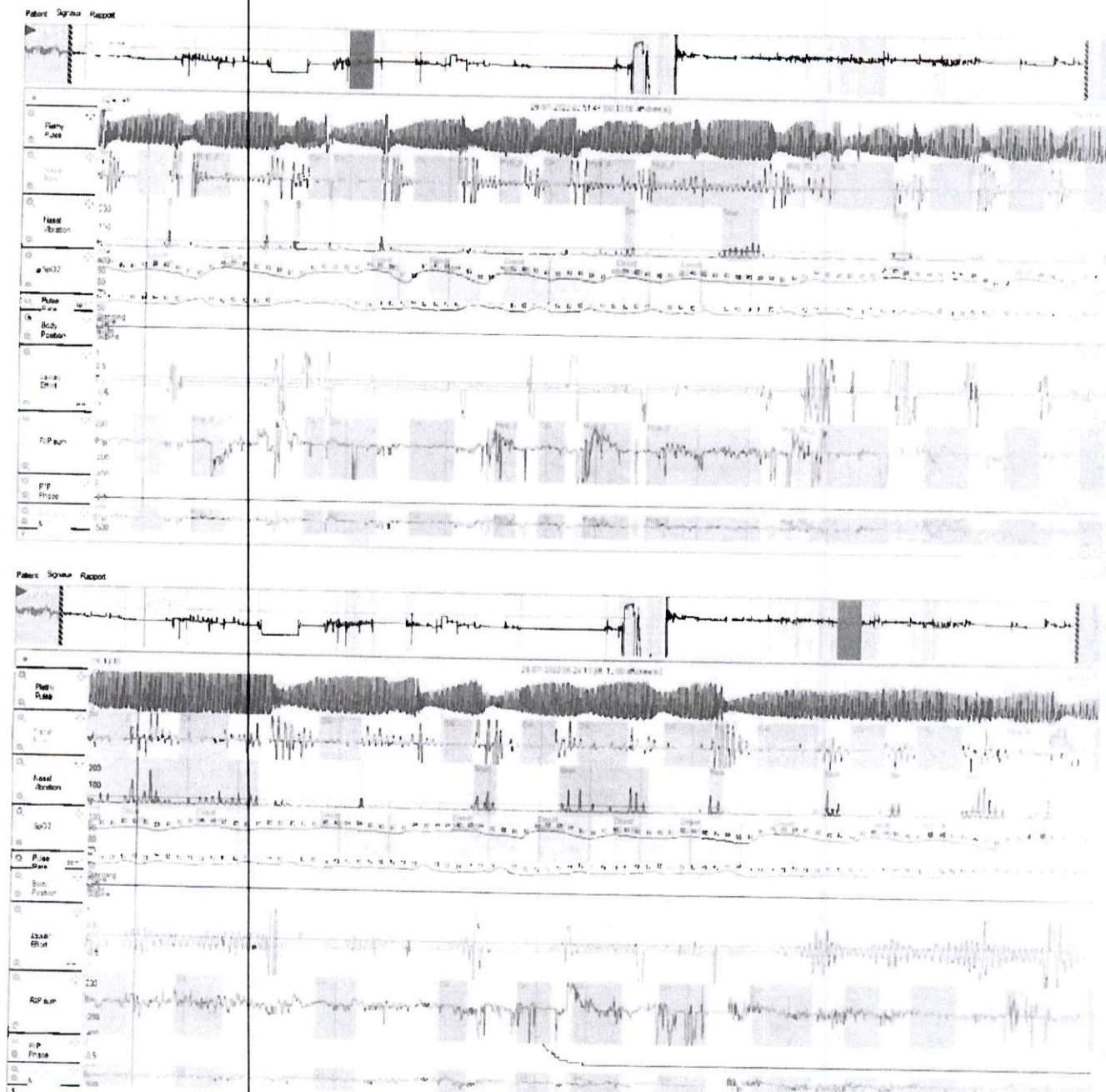
Bolus neurologique, 2e classe  
pulmonaire, 3e classe

CACHET DATE ET  
SIGNATURE DU  
PRATICIEN

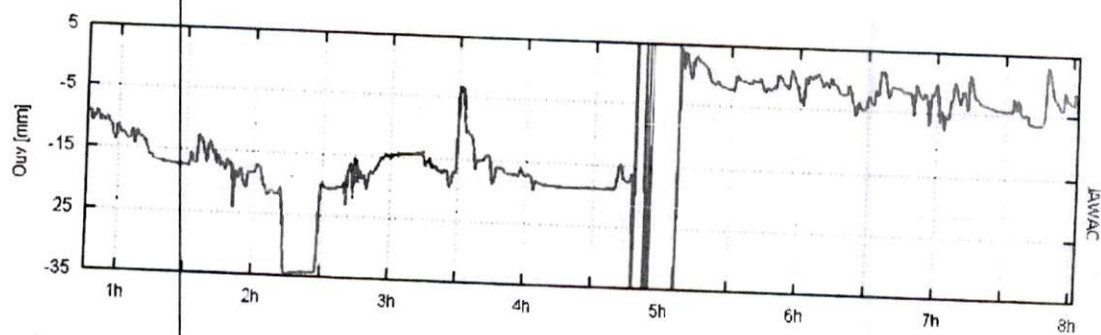
(1) Rayer les mentions inutiles.



# Somnolter - Captures

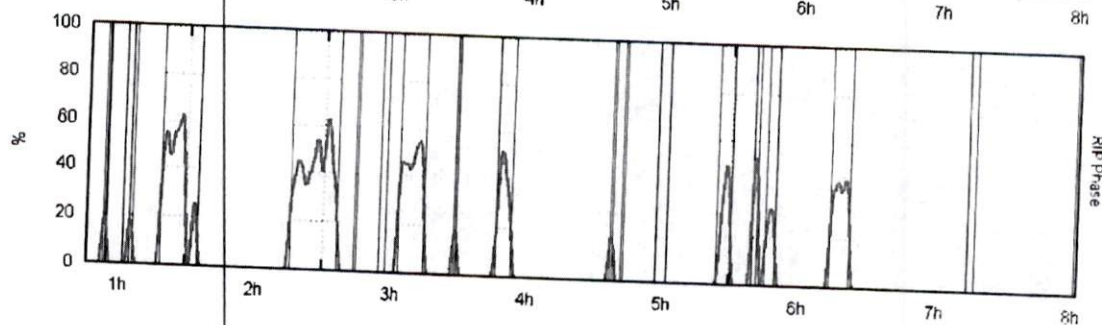
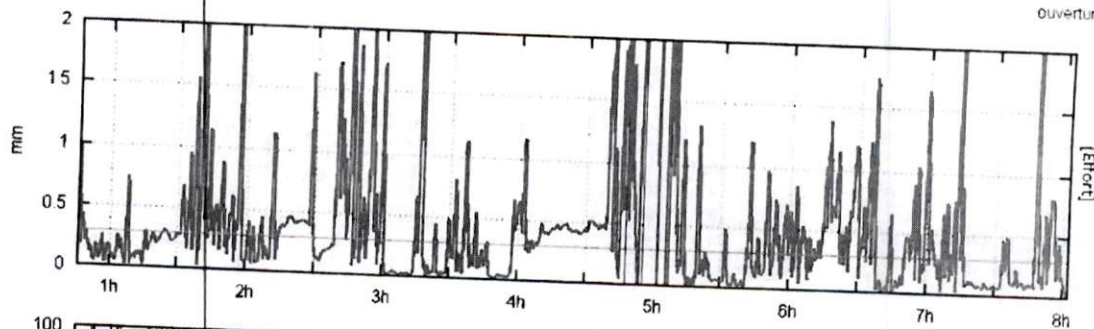
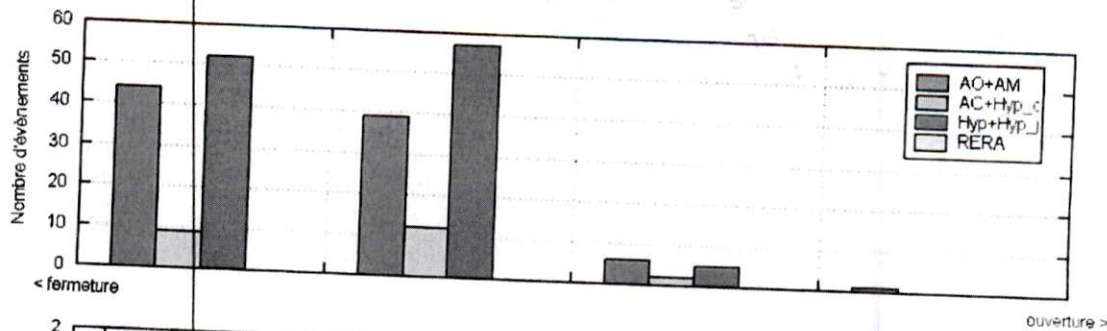


# Somnolter - Mouvements mandibulaires et effort



Seuil d'effort [mm]: 0.3

Abaissment mandibulaire maximal [mm]: 48.3  
 Abaissement mandibulaire médian [mm]: 13.7  
 Effort ventilatoire [hh:mm:ss]: 02:17:30





## Somnolter - Analyse complémentaire

JAWAC

ÉVÉNEMENTS

<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<sub>Jawac</sub>) [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>

> 30
> 30
15 - 30
> 30

	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	-	-	-
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>33.3</b>	

Architecture du Sommeil (Estimé grace à l'adjonction du signal JAWAC) :  
Sommeil fragmenté par des micro-éveils (estimés JAWAC) d'origine ventilatoire; Indice de fragmentation du sommeil (estime 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 >= [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.

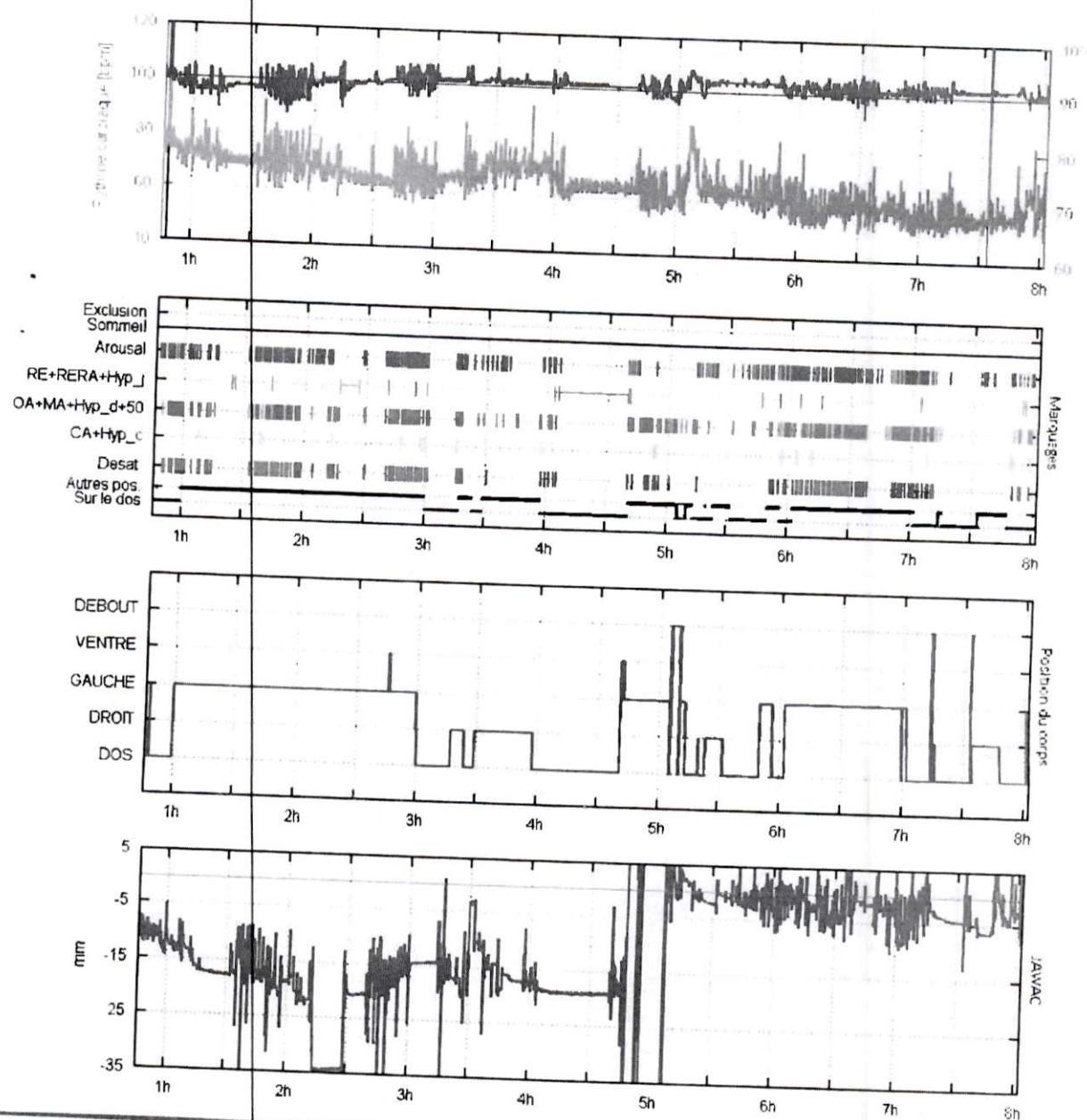
Patient : EL RHODAIBI HASSAN

Médecin Traitant : Dr LAHLOU MOUNIA

nomic



## 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, Somme 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 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

# Somnolter - Rapport d'analyse

ID

PATIENT

SEVERITE

OXYMETRIE

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]:

Type d'Analyse:

29/07/22

Diagnostic adulte

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

> 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

EVENEMENTS

	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]	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

Canule nasale

Position du corps

Oxymétrie de pouls

JAWAC (mouvements mandibulaires)

Analyse effectuée le 04/08/22 à 11:11:52 -- AnIAW V3.6.7  
Rapport généré le 04/08/22 à 11:23:57 -- MakeReport V3.6.7



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
<b>Total HT</b>					1 500,00 DH
20%					300,00 DH
<b>Total TTC</b>					1 800,00 DH

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

OXYDOM  
Siège Social : Wafa  
Tél : 0522 863 323 / Fax : 0522 862 084  
FAC :  
ICE : 000206172000089

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

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

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

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



36, Boulevard d'Anfa  
CASABLANCA

الصندوق التعاضدي المهني المغربي  
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

### A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation	[ ]	Entreprise	
Nom & Prénom :			
Bénéficiaire :			

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné D. RHODAI BE HADJON  
estime que l'état de santé de M.  
nécessite (1) :  
un acte côté à la nomenclature  
«préciser coefficient»  
une hospitalisation médicale de  
à «approximatif»  
«Préciser l'établissement hospitalier»  
une cure thermique à  
«Préciser la station et la durée»

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA CAISSE

SA DECISION

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)

Sommeil digne, souffrant  
de la prostate, par l'absence  
de la prostate  
de la prostate

(1) Rayer les mentions inutiles.

Ry graphie

CACHET DATE ET  
SIGNATURE DU  
PRATICIEN  
et Rue Abdelmoumen  
Tél : 022.39.39.39



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 لعلو

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

22/02/2021

الدار البيضاء، في:

N- EL RHODAZBI Hassan

Somnolence diurne, ronflement  
et apnées respiratoires pendant  
le sommeil.

Suspicion d'obstruction  
du sommeil

polysomnographie Ventilation

DOCTEUR MOUNIA LAHLOU  
Pneumo-phtisiologue Allergologue  
Rue Hicham Angle Bd. Abdelmoumen  
et Rue Abou Marouane - Casablanca  
Tel : 022.36.39.39

إقامة هشام، زاوية عبد المومن وزين عبد المالك 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 80 87 - 06 61 88 81 83