

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10452 Société : DAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELIABAOUI SETTY

26/07/1955

17/11/53

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661149344 Total des frais engagés : Dhs

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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

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 : 09/08/2023

Le : 09/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 4086373

REFERENCE DOSSIER



ML3324407

RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL RHODAIBI HASSAN
Matricule Assuré : 10054129
Collège : APP

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : EL RHODAIBI HASSAN
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

Casablanca, le : 31/03/2023

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous avons bien reçu votre dossier
N°ML3324407

Cependant, nous avons besoin de ces informations indispensables
à son traitement :

- PRESCRIPTION MEDICALE DU MATERIELS
- RÉSULTATS DE CONTROL D'UTILISATION DE LA CPAP EN LOCATION
PENDANT 3MOIS.

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) :

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

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.

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

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

Casablanca, le : 03/04/2013
الدار البيضاء، في

M. & RAOUL HASSAN

56 ans
Ronflement, Somnolence,
et apnées呼嚙 pendant la nuit

Journal
Polygraphie ventilatoire \Rightarrow

Signature d'apnée
obstétrice du journal.
severe.

IAH \approx 33,3

Dr. M. Lahou
Ventilator & press
positive catarrhe.

DOCTEUR MOUHA LAHOU
Pneumo-Physiologue Allergologue
Rés Michan Al-Sabah Abdelloumen
et Rue Abou Marouane - Casa
Tél: 05.22.86.39.39 / 05.22.86.54.22



36, Boulevard d'Anfa
CASABLANCA

الصندوق التعاوني المهني المغربي

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation 100 54129 Entreprise BOA
Nom & Prénom : EL RHOUDAISS HASSAN
Bénéficiaire : EL RHOUDAISS HASSAN

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné	<i>D. Zolotin</i>
estime que l'état de santé de M.	
<i>ELKHON DIMITRI HESKIN</i>	
nécessite (1) :	
un acte côté à la nomenclature	
spécifiez coefficient	
une hospitalisation médicale de	
à	«Préciser l' hospitalisation
séjour hospitalier	
une cure thermale à	
«Préciser la station et la durée	

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL -
DE LA CAISSE**

SA DECISION

2

RABATTRE ET COLLER SUR CETTE PARTIE LE PIED DE LA FEUILLE

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENT SUR LA NATURE DE L'AFFECTION (à fournir au pharmacien - conseil de la Caisse)

(1) Rayer les mentions inutiles.

colm
alige
Philosophy
should be
TM : 322285
CACHED DATE ET
SIGNATURE ON
EXCELLENT

Rapport d'observance

Utilisation	01/12/2022 - 28/02/2023
Jours d'utilisation	76/90 jours (84 %)
>= 4 heures	69 jours (77 %)
< 4 heures	7 jours (8 %)
Heures d'utilisation	433 heures 23 minutes
Utilisation moyenne (total des jours)	4 heures 49 minutes
Utilisation moyenne (jours d'utilisation)	5 heures 42 minutes
Utilisation médiane (jours d'utilisation)	5 heures 36 minutes
Tps total utilis. (depuis la dernière réinitialisation - 28/02/2023)	747 heures

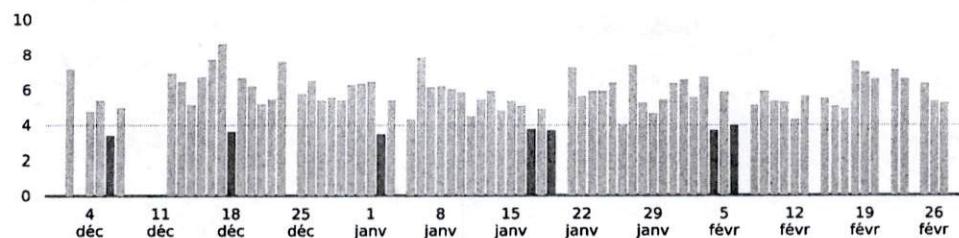
AirSense 10 AutoSet

Numéro de série	23221687307
Mode	AutoSet
Pression Min	5 cmH2O
Pression Max	14 cmH2O
EPR	Plein temps
Niveau EPR	1
Réponse	Standard

TraITEMENT

Pression - cmH2O	Médiane : 9.8	95e centile : 13.2	Maximum : 13.8
Fuites - l/min	Médiane : 3.1	95e centile : 15.2	Maximum : 36.5
Événements par heure	IA : 1.8	IH : 0.9	IAH : 2.7
Index d'apnée	Centrale : 0.5	Obstructive : 1.2	Non qual. : 0.1
Respiration de Cheyne-Stokes (durée moyenne par nuit)			0 minutes (0%)

Utilisation - heures



AirView™

Rapport thérapeutique

AirSense 10 AutoSet

Date de naissance : 05/05/1967

Âge : 55 ans

N° de série : 23221687307

Utilisation (heures)

Jours d'utilisation **76/90 (84%)**

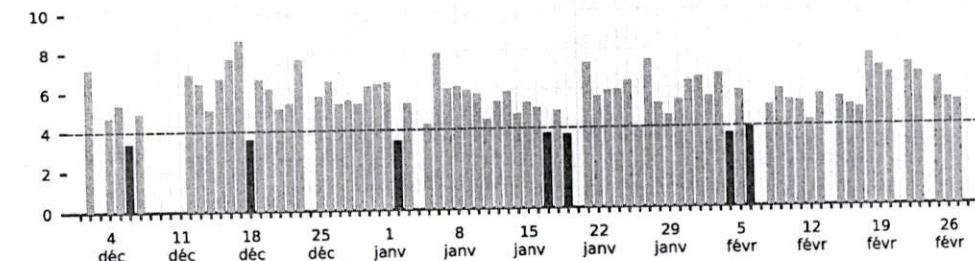
Jours à >= 4 heures **69 (77%)**

Jours à < 4 heures **7 (8%)**

Jours sans **14 (16%)**

Jours sans données **0 (0%)**

Utilisé/jour (moy.) **5,7 hrs.**



Fuite (l/min, 95e centile)

Seuil défini **24,0 L/min**

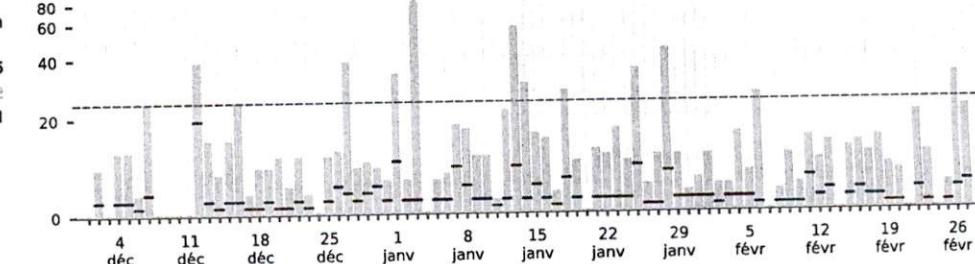
Maximum (moy.) **36,5**

95e centile (moy.) **15,2**

Médiane (moy.) **3,1**

AirFit F20

Grand



Pression (cmH2O)

Mode **AutoSet**

EPR réglée **Plein temps,**

1.0

1.0

Pression max. réglée **14,0**

Pression min. réglée **5,0**

Maximum (moy.) **13,8**

95e centile (moy.) **13,2**

Médiane (moy.) **9,8**

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

RELEVE DES PRESTATIONS			CMIM LA MUTUELLE ال Mutualiste	الصندوق التعاضدي المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine	
Date de paiement : 22/05/2023	Num Paiement : 1663704	Assuré : EL RHODAIBI HASSAN	EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA) AUC EL OULFA MAROC		
N° d'immatriculation : 10054129	Mode de règlement : Virement				
Emis à Casablanca le : 25/05/2023				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 \001CMIM0269M20230412457348											
ML3324407	10/02/2023	OXYGÉNOTHER. (CPAP) POSTE FIXE		1	1,00	85.00	19 000,00	13 500,00	0,00	11 475,00	
Total remboursé pour HASSAN							19 000,00			11 475,00	
Total général remboursé											

Date de facturation 13/03/2023

Référence Facture :

Devis N°: SO8684

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 FA23/0781

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
37236	[37236] AirSense 10 AutoSet FR • S/N 23223644936	1,000 Unité(s)	19 000,0000	20%	15 833,33 DH
63407	[63407] Airfit F20 LGE SYS EU1 • S/N 1607359	1,000 Unité(s)	0,0000	20%	0,00 DH
37300	[37300] HumidAir Cleanable • S/N 1401261	1,000 Unité(s)	0,0000	20%	0,00 DH
					Total HT 15 833,33 DH
					20% 3 166,67 DH
					Total TTC 19 000,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: dix-neuf Mille DH zéro Centime

*OXYDOM sarl
Rés.Wafa
Siège Social: 20, 3^e étage, Résidence Wafa
Tél: 0522 863 3 23 / Fax: 0522 862 084
PAT : 35890244
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 Aguelmene Sidi Ali. Agdal.
Tél : 0537 774 076 / Fax : 0537 774 076
GSM : 0663 438 631
Email : contact.rabat@oxydom.ma

Siège commercial FES :
Appt n°1 1^{er} étage. Résidence Rayan
Av. Al Medina Monastoura.
Lot Amal 2. Nairja. CP 30070.
Tél : 0535 818 548 / Fax : 0535 818 543
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 ABDELMOUNEN
Compte N° 022780000043002934049074