

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0036744

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10452 Société : DAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELAMRAOUI SETTY
 Date de naissance : 26/07/1955
 Adresse :
 Tél. : 0661149514 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 : 08 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

BANK OF AFRICA
140 AVENUE HASSAN II
ANFA
CASABLANCA
MAROC



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

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 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 : 03/04/2013 في الدار البيضاء،

Dr RHOUBI Hassan

Stom
Rafement, Sommeil
cristal polymère pendable

Sommeil
Polygraphie Ventilatée =>

Syndrôme d'apnée
obstructive du Sommeil.
Sévère.

IAH = 33,3.

Indication d'une
Ventilator - pression
positive continue.

DOCTEUR MOUMIA LAHLOU
Pneumo-Phtisiologie-Allergologie
Rés Micham Abou Abdelmoumen
et Rue Abou Marouane - Casa
Tél: 05.22 86.39.39 / 05.22.86.54.22



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 105429 Entreprise BOA
Nom & Prénom : EL RHODATIST HASSAN
Bénéficiaire : EL RHODATIST HASSAN

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné D. Xoum
estime que l'état de santé de M.
EL RHODATIST HASSAN
nécessite (1) :
un acte côté à la nomenclature
«préciser coefficient»
une hospitalisation médicale de
à «Préciser l'indication et la durée»
une cure thermique à
«Préciser la station et la durée»

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL
DE LA CAISSE

SA DECISION

RABATTE 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)

Syndrom d'oppression du cœur
DM-83,3 → Dactilom
de l'outil et permis postal

(1) Rayer les mentions inutiles.

CACHE ET
SIGNATURE DU
MEDECIN
Tél : 322.36.35/322.36.42



AirView™

Agence OXYDOM CASA
rue Arago, résid. du palais IV n°1, q. d
rue Arago, résid. du palais IV n°
Casablanca
Cher, 20100

ELRHODAIBI, HASSAN

01/12/2022 - 28/02/2023

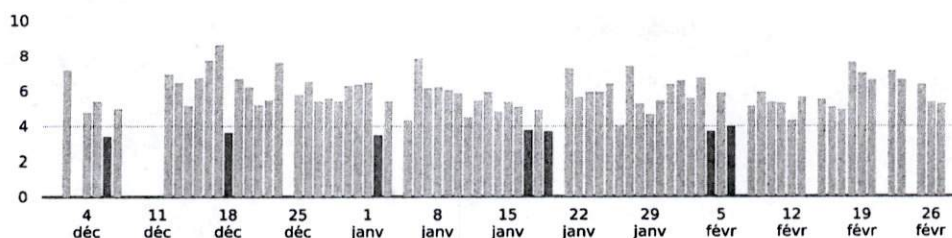
Date de naissance : 05/05/1967

Âge : 55 ans

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





Agence OXYDOM CASA
rue Arago, résid. du palais IV n°1, q. d
rue Arago, résid. du palais IV n°
Casablanca
Cher, 20100

ELRHODAIBI, HASSAN
01/12/2022 - 28/02/2023

Date de naissance : 05/05/1967

Âge : 55 ans

AirView™

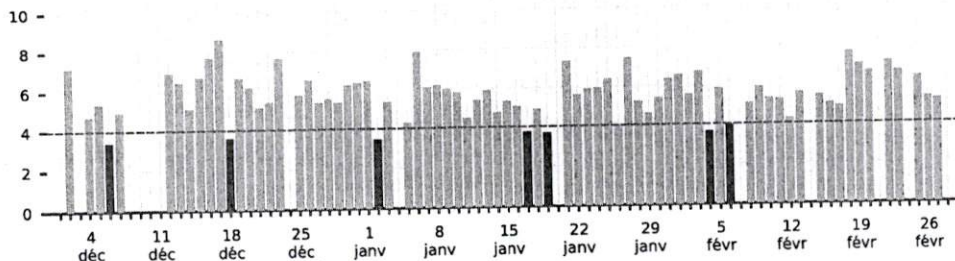
Rapport thérapeutique

AirSense 10 AutoSet

N° de série : 23221687307

Utilisation (heures)

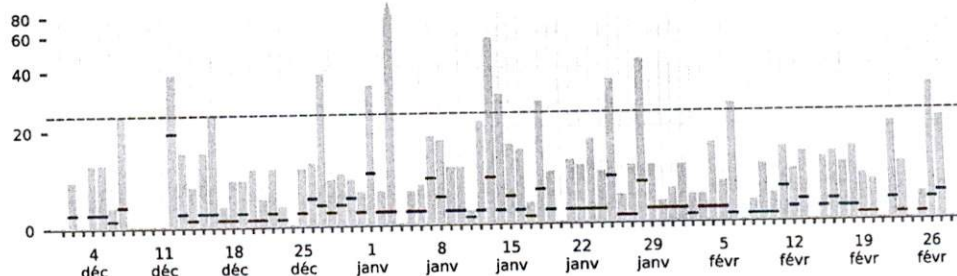
Jours d'utilisation **76/90 (84%)**
Jours à ≥ 4 heures **69 (77%)**
Jours à < 4 heures **7 (8%)**
Jours sans **14 (16%)**
Jours sans données **0 (0%)**
Utilisé/jour (moy.) **5,7 hrs.**



Fuite (L/min, 95e centile)

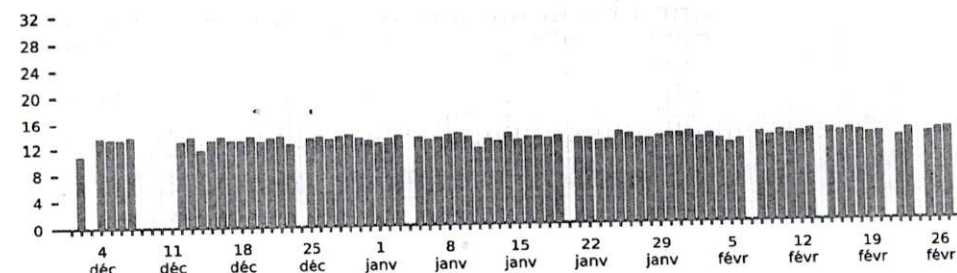
Seuil défini **24,0 L/min**
Maximum (moy.) **36,5**
95e centile (moy.) **15,2**
Médiane (moy.) **3,1**

AirFit F20
Grand



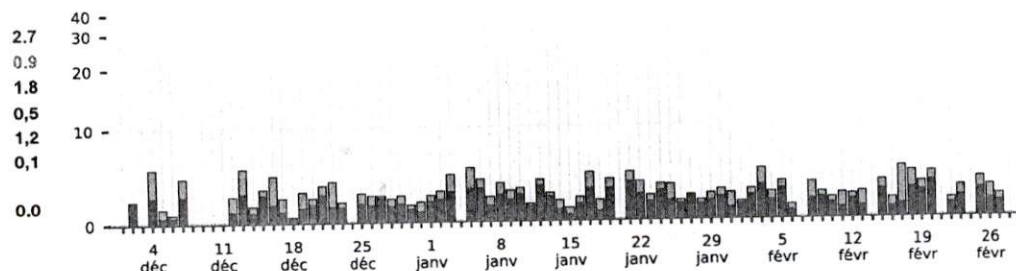
Pression (cmH2O)

Mode **AutoSet**
EPR réglée **Plein temps, 1,0**
Pression max. réglée **14,0**
Pression min. réglée **5,0**
Maximum (moy.) **13,8**
95e centile (moy.) **13,2**
Médiane (moy.) **9,8**



IAH (événements/heure)

IAH ☐
IH ☐
IA ☐
IAC ☐
IAO ☐
IANQ ☐
%RCS (moy.)



RELEVÉ DES PRESTATIONS		 الصندوق التعاوني المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 22/05/2023 Num Paiement : 1663704 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 : 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 rembourse	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									11 475,00	



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

SGMB Bir Anzarane Casa
Compte N° : 022780000043002934049074

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 sari
Siège Social: 20, rue Al Ghadfa, Rés. Wafa
Tél: 0535 618 545 / Fax: 0535 618 543
ICE: 000206172000089

Siège commercial CASABLANCA :
Résidence du Palais IV, N°1, rue Arago,
Quartier des Hôpitaux, CP 20360
Tél: 0522 883 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, Agadal,
Tél : 0537 774 078 / 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, Narjia, CP 30070,
Tél : 0535 618 545 / 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