

Dr Zineb IRAQI

Pédopsychiatre



د. زينب عراقي
طبيبة نفسانية للأطفال والراهقين

Casablanca le 09 Mars 2022

112087

Devis 07/22

L'enfant Lilya Benlemlih

Devis

15 Séances de Psychothérapie:

500.00Dh x 15=7500.00Dh

Dr. Zineb IRAQI
Pédopsychiatre

134, Rue Ahmed El Jourani, Angle
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2e Etage
N° 6, Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 09/03/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9403 e-mail : *zinebiraqi@yahoo.fr* Phones : 06.63.608.602
 Nom et Prénom de l'adhérent : BENLEMЛИH YASSINE
 Nom et Prénom du bénéficiaire : BENLEMЛИH LILYA

ZINEB IRAQI

Pédopsychiatre
134, Rue Ahmed El Jomari, Angle

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : *Zineb IRAQI*

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M^r : *Lilya Ben Rom P.L.*

Nécessite : *15 jours de Psychotropes*

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Troubles Anxiolitiques

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Zineb IRAQI
Pédopsychiatre
134, Rue Ahmed El Jomari, Angle
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2e Etage
N° 6, Modif - Casablanca
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Déclaration de Maladie

N° W19-554955

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9403 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENLEMILH YASSINE

Date de naissance : 17/01/1973

Adresse : LOT CENTRAL PARK N°16 Bouskoura

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Zineb IRAQI

Pédopsychiatre

134, Rue Ahmed El Joumari, Angle
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2e Etage
N° 6, Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

Date de consultation : 9/9/22

Nom et prénom du malade : Lilya Ben Lemilh Age: 16 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie de la coqueluche

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-554955

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
9/3/22	Dr U's		750,00	INP : 11111111111111111111111111111111

Dr. Zineb IRAQI
Pédopsychiatre

154, Rue Ahmed El Joumani, Anale
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2^e Etage
N° 6, Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 23 70 54 - 06 61 07 92 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.