



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 Joumari, 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 : ybenlemlh@royalairmaroc.com Phones : 06 63 608 607  
Nom et Prénom de l'adhérent : BENLEMLIH YASSINE  
Nom et Prénom du bénéficiaire : BENLEMLIH ULYA

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Zineb IRAQI  
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle  
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2e Etage  
N° 6, Maarif - Casablanca  
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Uly Benlemlih  
Nécessite 15 séances de Psychothérapie  
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) :

Trouble Anxieux

Cachet, date et signature du praticien

**Dr. Zineb IRAQI**  
Pédopsychiatre  
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle  
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2e Etage  
N° 6, Maarif - 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.





# MUPRAS

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

## 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 : BENLEMLIH YASSINE

Date de naissance : 17/01/1973

Adresse : LOT CENTRAL PARK N°16 BOUSKOURA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du 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 : 9/8/22

Nom et prénom du malade : Lyla Ben Lem Elh Age: 16 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : trouble du comportement

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 :



### RELEVÉ 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	Devis		7500,00	INP : [ ] INP : 091145383

**Dr. Zineb IRAQI**  
Pédopsychiatre

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.