

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

154842

Le 6/3/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : E-mail : Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Lydia Benmouh Zineb IRAQI
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Pedopsychiatre
Nécessite 20 séances de Psychothérapie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 02 61 07 92 70

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 (Trouble Bipolaire)
+ Anxiété de Performance

Dr. Zineb IRAQI
Pedopsychiatre
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2e Etage
N° 6, Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 22 76 54 - 06 61 07 92 70
Cachet, date et signature du praticien

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.



Casablanca le 06 Mars 2023

Devis 04/23

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-776351

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3403

Société : RAM

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom : BENLEMLIH YASSINE

Date de naissance : 17/10/1973

Adresse : LOT CENTRAL PARK N°16 BOUSKOUR
CASABLANCA

Tél : 06 63 608 602

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Zineb IRAQI
Psychiatre
134, Rue Ahmed El Jouhari, Angle
Bd Bir Anzargue, 2^e Etage
14° 6, Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

Date de consultation : 06/13/23

Nom et prénom du malade : Lili Ben Lemlih

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : trouble de 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 : CASA

Le : 06/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-776351

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 6/3/23 | DZ.U.S | 1500,00 | | Dr. Zineb IBAQI Pédopsychiatre 13, Rue Ahmed El Joumari, Angle Bd Bir Aysarane, Rés Aya, 2e Etage 6, Madinet - Coreichev Tél: 05-22-23-74-54 - 05-61-07-92-79 |

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

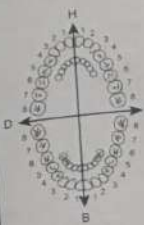

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | DNP : |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 01433582 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35033411 11433583 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le 06 Mars 2023

Devis 04/23

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