



Casablanca : 01 DEC 2024

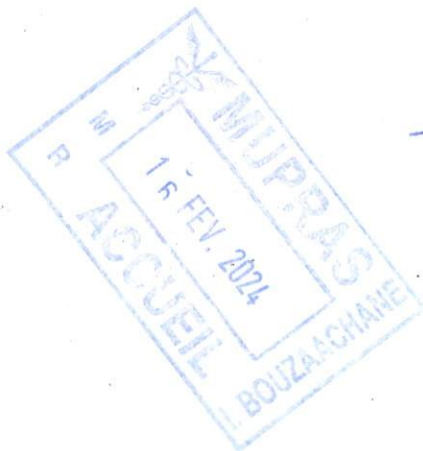
CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigne Dr SALIH MUSTAPHA médecin psychiatrie,  
certifie que

L'enfant SAMIT Mohamed RIAD .....

Présente un trouble autistique et nécessite une prise en charge  
psycho-éducative dans un établissement spécialisé.

Certificat délivré pour usage strictement administratif.



الدكتور مصطفى  
Dr. Mustapha SALIH  
Psychiatre Psychothérapeute  
Tél.: 06 00 62 67 20  
INPE: 61188108



Casablanca le 04/12/2023

**DEVIS**  
**CONCERNANT PRISE EN CHARGE**  
**PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE**  
**Du mois : Décembre 2023**  
**Janvier ; Février ; Mars ; Avril ; Mai ; Juin ; Juillet 2024**

Adhèrent : BOUTALEB FATIMA ZAHRA  
Mutuelle : MUPRAS  
BENEFICIAIRE : SAMIT MOHAMED RIAD  
Né le : 24/02/2012  
Diagnostic : AUTISTE

Nombre de séances de Psychothérapie mois : - 5 séances.

A raison de 300 dh la séance, ce qui fait 1500 dhs / mois.

1500 dh x 8 mois = 12000 dh

Arrêté le présent devis à la somme de (Douze mille dirhams)

**Signé : La psychologue**

KAWTAR KORAICHI  
PSYCHOLOGUE  
Tél: 0649698661



Casablanca le 04/12/2023

**DEVIS**  
**CONCERNANT PRISE EN CHARGE**  
**PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE**  
**Du mois : Décembre 2023**

**Janvier ; Février ; Mars ; Avril ; Mai ; Juin ; Juillet 2024**

Adhèrent : BOUTALEB FATIMA ZAHRA

Mutuelle : MUPRAS

BENEFICIAIRE : SAMIT MOHAMED RIAD

Né le : 24/02/2012

Diagnostiqué : AUTISTE

Nombre de séances de La psychomotricité mois : - 5 séances.

A raison de 300 dh la séance, ce qui fait 1500 dhs / mois.

$1500 \text{ dh} \times 8 \text{ mois} = 12000 \text{ dh}$

**Arrêté le présent devis à la somme de (Douze mille dirhams)**

**Signé : La psychomotricienne**

Samira MAZIANI  
Psychomotricienne  
Tél: 0522 21.43.83

Casablanca le 04/12/2023

**DEVIS**  
**CONCERNANT PRISE EN CHARGE**  
**PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE**  
**Du mois : Décembre 2023**  
**Janvier ; Février ; Mars ; Avril ; Mai ; Juin ; Juillet 2024**

Adhèrent : **BOUTALEB FATIMA ZAHRA**

Mutuelle : **MUPRAS**

BENEFICIAIRE : **SAMIT MOHAMED RIAD**

Né le : **24/02/2012**

Diagnostiqué : **AUTISTE**

Nombre de séances par mois :  
- 5 Séances de Psychothérapie  
- 5 Séances de Psychomotricité  
- 5 Séances d'Orthophonie.

Nature de prestation	Qté	Prix unitaire	total
Psychothérapie	5x8 mois =40	300 Dh	12000dh
Psychomotricité	5x8 mois =40	300 Dh	12000dh
Orthophonie	5x8 mois=40	300 Dh	12000dh
total			36000 dh

**Arrêté le présent devis à la somme de 36000 Dh (trente six Mille Dirhams)**

**Signé : La présidente**

**Touria MABROUK**

Association Amal pour Enfants  
Aux Besoins Spécifiques Mentaux

Tél: 0522 25 03 42 / 0662 18 10 14



Casablanca le 04/12/2023

**DEVIS**  
**CONCERNANT PRISE EN CHARGE**  
**PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE**

**Du mois : Décembre 2023**

**Janvier ; Février ; Mars ; Avril ; Mai ; Juin ; Juillet 2024**

Adhèrent : **BOUTALB FATIMA ZAHRA**

Mutuelle : **MUPRAS**

BENEFICIAIRE : **SAMIT MOHAMED RIAD**

Né le : **24/02/2012**

Diagnostiqué : **AUTISTE**

Nombre de séances d'Orthophonie par mois : - 5 séances.

A raison de 300 dh la séance, ce qui fait 1500 dhs / mois.

$1500 \text{ dh} \times 8 \text{ mois} = 12000 \text{ dh}$

**Arrêté le présent devis à la somme de (Douze mille dirhams)**

**Signé : L'orthophoniste**

**Ghita Tahiri JOUTI**  
Orthophoniste  
06 34 00 91 11

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

W21-841387

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11800 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTALIER FATIMA ZAHRA.

Date de naissance : 01-01-1980

Adresse : 126 E BOUBIR OULFA CASA

Tél. : 06 66 42 81 34 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : SAMIT Mohamed Riad Age : 12 ans

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

Nature de la maladie : Autisme

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-841387

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 : .....



[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<b>Samira MAZANI</b> Psychomotricienne Tél: 0522 21 47 97	Deux de Mars 12/36/23 Au Mars 02/04			séances d'orthophonie séances de psychomotricité séances de psychopédagogie	
<b>Ghita Tahiri JO</b>				Total 36 000	

KAWTAR JAYKORAICH  
PSYCHOLOGUE  
Tél : 0849698661

VOLET ADHERENT

KAWTAR JAYKORAICH  
PSYCHOLOGUE  
Tél: 0649698661

Tel: 0522 21 11 11

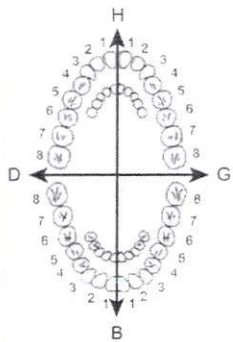
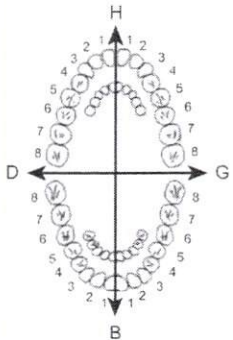
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS
					<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION
					<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION
					<input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>				<input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> <div> <p><b>Montant des Honoraires</b></p> </div> </div>				MONTANTS DES SOINS
					<input type="text"/>
					DATE DU DEVIS
					<input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION
					<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
<p>The diagram shows two dental arches. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 from the midline (center) outwards on both sides. The lower arch also has teeth numbered 1 through 8 from the midline outwards on both sides. A vertical line passes through the midline, labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. A horizontal line passes through the midline, labeled 'D' on the left and 'G' on the right.</p>	<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000    00000000 <b>G</b> 35533411    11433553 <b>B</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>
	{Création, remont, adjonction}	Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>	
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION