

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Direction Régionale Casablanca-
Settat
Délégation du la Santé Casa Anfa
Centre de Santé ELHANK



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المديرية الجهوية الدار البيضاء - سطات
مندوبية الصحة البيضاء - أنفا
المركز الصحي العنق

pec Cas n°
Ag 5436

Casablanca : 07 DEC 2024

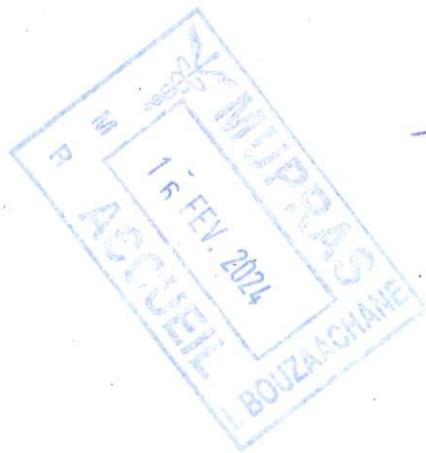
CERTIFICAT MEDICAL

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.





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

Adhérent : **BOUTALEB FATIMA ZAHRA**
Mutuelle : **MUPRAS**
BENEFICIAIRE : **SAMIT MOHAMED RIAD**
Né le : **24/02/2012**
Diagnostiqué : **AUTISTE**

Nombre de séances de Psychothérapie 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 psychologue

KAWTAR BACHIRI
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

Adhérent : **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 dh x 8 mois = 12000 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

Adhérent : **BOUTALEB FATIMA ZAHRA**

Mutuelle : **MUPRAS**

BENEFICIAIRE : **SAMIT MOHAMED RIAD**

Né le : **24/02/2012**

Diagnostiquée : **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

Adhérent : **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 14 70 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

- 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

W21-841387

CASA M

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricole : 11800		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUJALEB FATHINA ZAHRA			
Date de naissance : 01/01/1980			
Adresse : 126 E Bousbir Oulfa CASA			
Tél. 06-66-42-84-34		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
ASSOCIATION AMAL Pour Enfants			
Aux Besoins Spécifiques Marocains			
Tél. 0522 25 03 42 / 06 18 10 14			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : SAMIT Mohamed Riad Age : 2 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Autisme			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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).

Matricole :
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

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	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Samira MAZIANI Psychopraticienne Tél: 0522 21 43 93	Devis du Mai 12/05/23	1	1	1	1	Séances d'orthophonie
Ghita Faliri JO Orthophoniste	Au Mars D'août 2024	1	1	1	1	Séances de psychostimulation
		1	1	1	1	Séances de psychotérapie
		1	1	1	1	Assemblage d'appareils mentaux
		1	1	1	1	Aux Besoins des Enfants
		1	1	1	1	Tarif 36000
		1	1	1	1	Assurance Anap au 06/08/2024
		1	1	1	1	Assurance Anap au 18/10/2024
		1	1	1	1	Aux Besoins des Enfants
		1	1	1	1	Tel: 0522 25 03 42 / 0662 18 10 14

VOLET ADHERENT

KAWTAR JAYKORAICHI
PSYCHOPLOGUE
Tél: 0649698661

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
					Coefficient DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION