

# Ghizlane BENJELLOUN

Professeur agrégé en Pédopsychiatrie

Responsable du Service de Pédopsychiatrie au CHU Ibn Rochd Casablanca  
Présidente de la Société Marocaine de Pédopsychiatrie et Professions Associées (SMPPA)

PEE

46355

Casablanca le : 12/08/2020

Nom : JANJAR Mohamed Walid



Séances de Psychothérapie (20 séances)

G. BENJELLOUN  
Professeur en  
Pédopsychiatrie

# Centre Psycho Educatif

Casablanca, le 13/08/2020

WALID JENJAR

Concerne : **Devis de prise en charge psychologique**

- Nombre de séances prescrites dans le cadre de cette prise en charge est de : **20 (VINGT)** séances de psychothérapie.
- Tarif fixé par séances : **400 DHS (QUATRE CENTDirhams)**.
- Montant total de cette prise en charge : **8000 DHS (HUIT MILLE DIRHAMS)**.

**CENTRE PSYCHO EDUCATIF**  
Angle Bir Anzarane et rue Ibnou Souraj  
Résidence Ghita, Maârif 20100  
Tél: 05 22 98 53 53 - Fax: 05 22 98 05 90  
Gsm: 06 59 87 41 33

**Mme Amal BENAZZOUZ**  
Psychologue Clinicienne  
Tél: 05 22 98 53 53, Fax: 05 22 98 05 90  
Gsm: 06 59 87 41 33

ANGLE BIR ANZARANE ET RUE IBNOU SOURAJ (EX RUE MORVAN Résidence GHITA ,3<sup>Eme</sup> ETAGE  
(A Côté DE LA Mosquée) CASABLANCA Tél : 0522985353/ FAX : 0522980590/GSM :  
0659874133

#### **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 |
|------------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 12/03/2020 cnpsy |                   |                       | Cuent G. BENJAMIN professeur de Pedopsychiatrie |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Participant                       | Date des<br>Soins | Nombre |    |                              |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|------------------------------|----|------------------------------------|
|   |                   | AM     | PC | IM                           | IV |                                    |
| Mme Amal BENTAHAR<br>N° 38 53 53 17<br>Télé: 06 59 87 41 33 | Le 13/08/2020     |        |    | Devis 20 séances<br>X 400 DH |    | Total<br>8000,00                   |

## VOLET ADHERENT

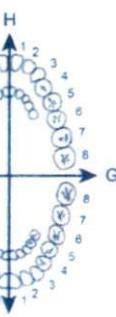
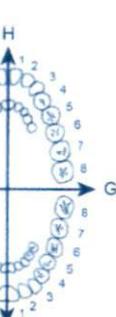
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est tenu 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<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
|--|--|---------------------|-------------|---|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|---|
|  |  |                     |             |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |             |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                     |             |   | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H  | 25533412   | 21433552            |             |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
| D  | 00000000   | 00000000            |             |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
| G  | 35533411   | 11433553            |             |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
| B  |  |                     |             |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                     |             | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>           |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/>     |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

### 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.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### 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 canalaire, 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 canalaire.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### 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

N° W19-554879

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : 8977

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JENJAIRE KHALID

Date de naissance : 18-11-1969

Adresse : 256 urbain Nouaceur Zou Villa 388

Tél. : 0660598499

Total des frais engagés : 8000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

G. BENJELLOUN  
Professeur à  
Pedopsychiatrie

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/08/2020

Nom et prénom du malade : Jenjaire ned wolid

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hacables le cependant

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 : Nouaceur

Le : 15/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-554879

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 : 8977

Nom de l'adhérent(e) : JENJAIRE

Total des frais engagés : 8000 Dhs

Date de dépôt :