



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

W17-110871

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 3510

Nom & Prénom MOUBSIT MOHAMMED

Fonction : NETTOYER Phones. 0671219600

Mail mo.moubisit@hotmail.com

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient MOUBSIT FATINE

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒ Age 1996

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
|------------------|---------------------|---------------------------------|

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------|---------------------------------|
|------------------------------|---------------------------------|

AUXILIAIRES MEDICAUX

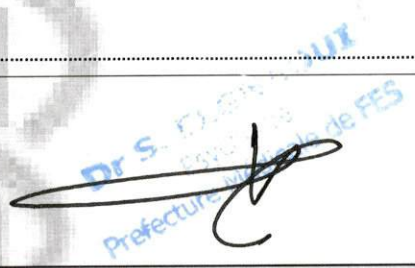

Date

| Nombre | | | | Montant détaillé des honoraires |
|--------------------------------------|----|----|----|---------------------------------|
| AM | PC | IM | IV | |
| <u>10 séances de psychomotricité</u> | | | | |

AMAL BOUHEMIDA BISES
Psychologue Clinicienne
Res. Nesrat 12 Lot El Mawlid
Maarif Extension CASABLANCA
Gsm 0649 49 51 90

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 26/03/2019

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | |
|--|--|
| Matricule : 3510 | e-mail : m.moubsit@hetmail.com Phones : 0671249600 |
| Nom et Prénom de l'adhérent : MOUBSIT MOHAMMED | |
| Nom et Prénom du bénéficiaire : MOUBSIT FATINE | |
| A REMPLIR PAR LE PRATICIEN | |
| Je soussigné : | |
| Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. FATINE MOUBSIT | |
| Nécessite Une vingtaine de 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 psychique nécessitant une cure analytique | |
| Cachet, date et signature du praticien |  |
| A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS | |
| Décision : | |
| <p>Accordé 10 jours</p>  | |

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.

Amal Bouhmida Bises, Psychologue Clinicienne Psychanalyste - Patente n° 35806722:

ICE / 001560753000058

Tel : 06 49 49 51 90 - Résidence Nesrat 12 Lotissement El Mawlid - Maarif Extension - Casablanca

Note d'honoraire

Casablanca le 2/05/2019

Patient : MOUBSIT FATINE

Prix de la séance: 400 Dh

Nombre de séances: - 10

Total à régler: 4000 Dh (Quatre mille Dirhams)

Amal Bouhmida Bises

Amal BOUHMIDA BISES
Psychologue Clinicienne
Res Nesrat 12 Lot El Mawlid
Maarif Extension - CASABLANCA
Gsm 0649 49 51 90