

Dr. BIDANI Ilham
PÉDIATRE
Allergologie Pédiatrique - Homéopathie
Diplômée de la faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة بيداني إلهام
اختصاصية في أمراض الأطفال والربيع
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

ORDONNANCE

115837

FATIMI. HIBA.

Casablanca le, 04/03/22

Trisomie 21

30 Seances de kinésithérapie
psychomotrice.

Dr. BIDANI Ilham
PÉDIATRE
Allergologie Pédiatrique - Homéopathie
714, Bd El Fida Etg. 2 Appt. 4
El Amal 1 - Casablanca
Tél.: 05 20 71 72 71



Devis mensuel de prise en charge d'enfant aux besoins spécifique

Adhèrent : MOHAMED FATIHI
Nom Et Prénom : HIBA FATIHI
Assurance : MUPRAS
Date De Naissance : 27/03/2010
Diagnostiqué : TRISOMIE 21

Nombre de séance par 3 mois : 30 séances de psychomotricités

A raison de 200 dhs par séance

Pour la période : 16.02.2022 a 16.05.2022

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe : la présidente de l'association

OTHMANE ZAOUIA
Psychomotricien

جميعا جميعا مع الأشخاص في وضعية إعاقة
Association Ensemble avec les personnes en
Situation de Handicap
06 28 61 55 18

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Matricule : 08197

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

Société :

Nom & Prénom :

Date de naissance : 19.04.1964

Adresse : Im. I.7. APT. 03. Résidence Wahda
Ben el Mel

Tél. : 0673 262816

Total des frais engagés : 6000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FATIHI HIBA

Age :

12

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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

N° W21-707256

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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										
				INF : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

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	
OTHMANE ZAOUIA Psychomotricien						

VOLET ADHERENT

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