



142164

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

Adhérent : NADHAMED FATHI

Nom Et Prénom : HIBA FATHI

Assurance : MUPRAS

Date De Naissance : 27/03/2010

Diagnostiquée : TRISOMIE 21

Nombre de séance par 3 mois : 30 séances psychomotricité

A raison de 200 dhs par séance

Pour la période : 15.09.2022 à 30.11.2022

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe :la présidente de l'association

جامعة جيما مع الاشخاص في وضعية اعاقة  
Association Ensemble pour les personnes Handicapées  
Séance de thérapie  
06 28 61 55 17

GARSI Amina  
Psychomotricité  
ministère 2020  
Tél : 0698948699



## Déclaration de Maladie

N° W21-771436

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08197

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

EX Agent R.A.M

Nom & Prénom : Fatihi Mohamad

Date de naissance : 19. 04. 1964

Adresse : 5000. 00 Dhs  
5000. 00 Dhs  
Benedic

Tél. : 06 73 26 28 16 Total des frais engagés : 6000, 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

FATIHI HIBA - 12 ans

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 : 1/1/1

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-771436

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 08197

Nom de l'adhérent(e) : Fatihi

Total des frais engagés : 6000, 00

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes INP : 

  

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	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

  

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Soigneur	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
<i>GARSI Amina</i> 1-ycipromotrice.com T.G.I : 0698948699	15.03.11				<i>6000DH</i>
	30.11.11				

  

VOLET ADHERENT

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

**Dr. BIDANI Ilham**  
**PÉDIATRE**

Allergologie Pédiatrique - Homéopathie  
Diplômée de la faculté de Médecine de Casablanca



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

ORDONNANCE

Casablanca le,

FATIHI. HIBA

Trisomie 21.

30 Séances de Kinésithérapie  
psycho-motrice

*Dr. BIDANI Ilham*  
**PÉDIATRE**

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

Adresse: 714, Boulevard El Fida, 2<sup>ème</sup> Étage, Appt 4 Hay El Amal 1- Casablanca  
Tél.: 05 20 71 72 71 - Email: drilhambidani@gmail.com