

Dr. BIDANI ILham

PÉDIATRE

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



الدكتورة بيداني إلهام

إختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

ORDONNANCE

198255

Casablanca le, 01/03/2021

FATIHI. HIBA.

Age = 1 ans.

30 Séances d'orthopédie.

Dr. BIDANI ILham
PÉDIATRE
Allergologie Pédiatrique - Homéopathie
714, Bd El Fida, 2^{ème} Etage, Appt 4 Hay El Amal 1 - Casablanca
Tél.: 05 20 71 72 71

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



AI QUAD CAMERA
Shot by fatihi Mohamed

2024/03/08 13:00



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

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

Nombre de séance par 2 mois : 30 séances d'orthophonie

A raison de 200 dhs par séance

Pour la période : 02.03.2024 à 02.05.2024

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe :la présidente de l'association

SALMA BEN ALI
ORTHOPHONISTE
0628615518


جمعية جميعا مع الأشخاص
في وضعية إعاقة
رئيسة الجمعية
0628615518
GSM: 07 0 19 53 03

من في وضعية إعاقة * الهاتف: 0628615518 العنوان: 99 زلقة الريف تجرلة سيرة برشيد البريد الإلكتروني: association.epsh1@gmail.com الفايبيوك: ن في وضعية إعاقة

Coût	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 - RADIOGRAPHIES			
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
		AM	PC	IM	IV	
						6 000PH

ALMA BEN ALI
SALARIÉE
ORTHOPÉDISTE
0666388895

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



إختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

ORDONNANCE

FATIHI HIBA

Casablanca le 01/03/2024

Age = 1 ans.

30 Séances d'orthopédie.

FATIHI HIBA
Allergologue Pédiatre - Homéopathe
714 Bd. de l'Indépendance - Hay
El Anassir - Casablanca
Tel: 05 20 71 72 71

VOLET ADHERENT

2024/03/08 12:59



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

Déclaration de Maladie

W21-839662

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08194 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Sr Agent Nitr

Nom & Prénom : FATIMI Mohamed

Date de naissance : 19 04 1964

Adresse : Imn 17 Apt 08 Residence waha
Benechid

Tél : 0673262816 Total des frais engagés : 6000,00

PR4FR05/V2/20-10-2023

ROYAL AIR MAROC : W21-839662 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FATIMI HIBA

Age : 13

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Trisomie 21

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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'atte
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je c
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-839662

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

BON DE PAIEMENT DES HONORAIRES			
Nom du Membre	Montant de la cotisation	Montant des honoraires	Signature du Membre

Fourniture des documents		
Nom du Membre	Date	Montant des honoraires

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Nom du Membre	Date	Montant des honoraires	Signature du Membre

AUXILIAIRES MEDICAUX						
N° de Membre	Date des services	Montant des honoraires				Signature du Membre
		A.M.	P.C.	T.M.	T.V.	

Le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

الدكتورة

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
ALMA BEN ALI SALFORD MONISTE ORTHOPÉDIE 0666300095						6 000 PH

VOLET ADHERENT

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