



## Devis mensuel de prise en charge d'enfant aux besoins spécifiques

Adhérent : MOHAMED FATHI

Nom Et Prénom : HIBA FATHI

Assurance : MUPRAS

Date De Naissance : 27/03/2010

Diagnostiquée : 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

محمد بن علي سالم  
أخصائية اورفونية  
GSM. 0628615503

من في وضعية اعاقه \* الهاتف: 0628615518 العنوان: 99 زانة الريت تجزئة سيررة برئيد البريد الالكتروني: association.epsh1@gmail.com

ن في وضعية اعاق



AI QUAD CAMERA  
Shot by fatihi Mohamed

2024/03/08 13:00

	Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Saisins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
SALMA BEN ALI ORTHOPHYSIOSTE 055539995						6 000DH

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



احترافية في أمراض الأطفال والرضع  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء.

### ORDONNANCE

FATIHI HIBA.

Casablanca le, 01/03/2024

Age = 14 ans.

130 Séances d'orthophonies.

L'ASSOCIATION  
PÉDIATRE  
Allergologie Pédiatrique - Homéopathie  
714, Bd. Alida Zeroual 10000 Hay  
El Amal 1 Casablanca  
Tel: 0524 200 7271

2024/03/09 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 : **08197**

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Ex Agent militaire

Nom & Prénom : **FATIHI Mohamed**

Date de naissance : **19 04 1964**

Adresse : **Immeuble 17 Apt 08 Résidence Wahida  
Boucachid.**

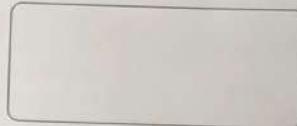
Tél. : **0673262816** Total des frais engagés : **6000,-**

PRAFR05/N2/20-10-2023

DATE : 14-03-2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **FATIHI 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'attention du conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare ne pas 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

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 : \_\_\_\_\_



AI QUAD CAMERA  
Shot by fatihi Mohamed

o que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

الدكتورة

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

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>ALMA BEN ALI SALAH DOKTORANTHE 0588530895</i>					6 000 DH

VOLET ADHERENT

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

