



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

152810

Casablanca, le.....

20/02/2023

### Demande de Rééducation Orthophonique

**Nom : Mr CHAIEB Lahsen**

**Nombre de séances : 20 (trois séances par semaine)**

Merci d'assurer un bilan et des séances de rééducation orthophonique **pour des troubles du langage intéressant le versant d'expression (Dysarthrie).**

**Cette dysarthrie rentre dans le cadre d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC)**

113, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca  
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma  
Site web : www.cliniquejerrada.ma

# CABINET D'ORTHOPHONIE Mme.Soumaya CHAABI

Enfants- Adolescents-Adultes

Diplômée de l'institut Franco-Marocain de santé

Casablanca le 04/03/2023

Nom du patient : LAHSEN CHAIEB

Date de naissance : 23/09/1938

## DEVIS N 09 / 2023

	Par séance	Nombre de séances	Total des séances
Honoraire séance rééducation orthophonique	300 dhs	20	6000 dhs
Total de 20 séances.....			6000 dhs

Soumaya Chaabi  
Orthophoniste

Soumaya CHAABI  
ORTHOPHONISTE  
Gsm: 06 56 36 81 75

CABINET D'ORTHOPHONIE Mme.Soumaya CHAABI

Adresse: 32 Rue Alhoudhoud, 2<sup>ème</sup> étage, N 09 - Casablanca

Mail : [s.soumayachaabi@gmail.com](mailto:s.soumayachaabi@gmail.com) – Téléphone : 0656368175

Identifiant fiscal N 24814406 - Patente N 34210870 - ICE : 002204984000055

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 20/02/2023

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 0305 e-mail : CHAIEB LAHSEN Phones : 0661240249  
Nom et Prénom de l'adhérent : CHAIEB LAHSEN  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : H. OTMANI  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. CHAIEB LAHSEN  
Nécessite une orthophonie (20 séances)  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) rééducation orthophonique  
pour dysarthrie post-AVC  
Une hospitalisation de (approximatif)  
A (préciser l'établissement hospitalier) Cabinet d'orthophonie CHAABI Soumaya  
Soumaya CHAABI  
ORTHOPHONISTE  
Gsm: 06 56 26 31 75

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Arc isémique - Hémiplégie  
et troubles de la parole

Cachet, date et signature du praticien

Hicham El OTMANI  
NEUROLOGUE  
Clinique EL PARADA - Oasis  
Tel: 06 67 17 33 11  
INP: 091032301

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

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.