



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

Professeur Hicham EL OTMANI
URUOLOGIE - EEG/EMG
Clinique JERRADA - Oasis
Tél : 05 22 23 81 81
Tél : 091032391

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

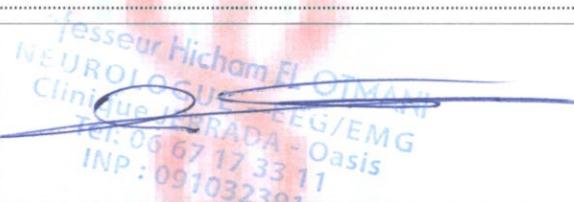
Adresse: 32 Rue Alhoudhoud, 2^{ème} étage, N 09 - Casablanca

Mail : 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 : _____ 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 = 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	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
AVC ischémique - Hémiplégie et troubles de la parole	
Cachet, date et signature du praticien	 Hicham El OTMANI NEUROLOGUE - EEG/EMG Clinique AL RADA - Oasis Tél: 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.