



Devis mensuel de prise en charge d'enfant aux besoins spécifiques 142165

Adhérent : MOHAMED 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 d'orthophonie

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

[Signature]
Yassamine MAARAF
Orthophoniste
Gsm - 06 32 99 63 83

جمعية جمِيعاً مع الاشخاص في وضعية اعاقة
Association Ensemble avec les personnes en
situation de handicap
06 28 61 55 18



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

Déclaration de Maladie

N° W21-771446

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

Cadre réservé à l'adhérent(e)

08197

Société :

Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

FATIHI Mohamed

Date de naissance :

13.04.1964

Adresse :

2mm. I.7 APT. 9B Résidence malade
Benedictine

Tél. :

0673262816

Total des frais engagés :

6000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

FATIHI HIBA

Age: 12 ans

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-771446

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 : 08197

Nom de l'adhérent(e) : FATIHI

Total des frais engagés : 6000,00

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates 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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Yassine MAARAF</i> Dribbleuriste Gsm : 06 32 95 63 83	15-09-21 30-11-22 6000 P.H.					6000 P.H.

VOLET ADHERENT

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

