

Sarah IMAD-EDDINE  
Orthophoniste  
sarah.imadeddine.ortho@gmail.com  
+212 5 22 23 48 79 / +212 6 27 99 07 83



178977

Casablanca, 13/10/2023

**DEVIS**

**Nom : BENAMAR KAMIL**

10 Séances d'orthophonie pour une rééducation d'un retard de langage.

300 x 10 = 3000 dh (Trois mille dirham)

**Sarah IMAD-EDDINE  
Orthophoniste**

**Sarah IMAD-EDDINE**  
Orthophoniste  
Tél: 06 27 99 07 83  
ICE : 002635347000078  
IF : 45000000 - TP : 35501099

ICE N° 002635347000078

**Docteur Amina TAMIM**

**PÉDIATRE**

Spécialiste des Maladies de l'Enfant  
et du Nourrisson

Diplômée de la Faculté de Médecine d'ANGERS  
Ancien Médecin Attachée des Hôpitaux de France



**الدكتورة أمينة تميم**

طبيبة اختصاصية  
في أمراض الطفل و الرضيع

خريجة كلية الطب بآنجي (فرنسا)  
طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le ..... 25 / 9 / 23 ..... الدار البيضاء

BEN AMAN Hlmi KAMIL

Orthopédie

10 Rue

**Dr. TAMIM Amina**  
Pédiatre  
Tour Anwal 182, Bd Anoual  
Casablanca  
Tél : 05 22 86 03 16

182, Boulevard ANOUAL - CASABLANCA  
Tél.: 0522 86 03 16 - Fax : 0522 86 03 10  
Gsm : 0661 31 64 30

18. شارع أنوال - الدار البيضاء  
هاتف : 0522 86 03 16 - فاكس : 0522 86 03 10  
محمول : 0661 31 64 30





# MUPRAS

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

## Declaration de Maladie

N° W21-781424

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12846

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR HILMI OMAR

Date de naissance : 04/04/1985

Adresse : 214 BD ABDELMOUMEN AG RUE IMAM  
BOUSSAIRI APT 12

Tél : 066118221

Total des frais engagés : 3000,00 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. TAMIM Amina**  
Pédiatre  
Tour Anwal 182, Bd Anoual  
Casablanca  
Tél: 05 22 86 03 46

Date de consultation : 25 / 8 / 23

Nom et prénom du malade : BENAMAR Hilmi KARAZ

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : baby du couple

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pl confidentiel à l'att  
médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : 26 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-781424

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule : 12846

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :



## 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
25/9/23	a	a	/	INP : 08 4 33 116

**Dr. TAMIM Amina**  
 Pédiatre  
 102, Bd Anoual  
 Casablanca  
 05 22 86 03 46

## 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Sarah IMAD EDDINE Orthophoniste TEL: 06 27 99 07 83 ICE: 02 3534700078 IF: 45888980 - TP: 35501039	Devis 13/10/23					300 x 10 = 3000 h

### VOLET ADHERENT

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