

**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  
Té : 06 21 99 07 83  
ICE : 002635347000078  
IF : 45000000 - TP : 35501089

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 Thimi KAMIR

orthophonie

15 Janvier

Dr. TAMIM Amina  
Pédiatre  
Toul 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

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



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

# Declaration de Maladie

N° W21-781424

A

Maladie

Dentaire

Optique

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 ABDELMOUNEN AG RUE TMAWI  
BAUSSAIRI APT 12

Tél. : 0661 118 221

Total des frais engagés : 3000,00 dh

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/08/23

Nom et prénom du malade : BENT ANNAH HILMI KARAZ Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

brûlure de la pope

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis en mesure de prouver la vérité de ces renseignements.

Fait à : Casablanca

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 :

### 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
25/9/23	a	a		INP : 03 11 3316 Dr. TAMIM Amina Tariq Anwai 182, 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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Sarah IMAD EDDINE Orthophoniste Tariq Anwai 182, Bd Anoual Casablanca 05 22 86 03 46 Télé : 05 22 86 03 46 - TP : 35501039 Signature : SM	DEVIS 13/10/23	Orthophonie rééducation				300 x 10 = 3000dh

### VOLET ADHERENT

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