

CABINET D'ORTHOPHONIE Mme.Soumaya CHAABI

Enfants- Adolescents-Adultes

Diplômée de l'institut Franco-Marocain de santé

147660

Casablanca le 01/02/2023

Nom du patient : LAHSEN CHAIEB

Date de naissance : 23/09/1938

DEVIS N 06 / 2023

	Par séance	Nombre de séances	Total des séances
Honoraire bilan orthophonique	400 dhs	3	1200 dhs
Honoraire séance rééducation orthophonique	300 dhs	17	5100 dhs
Total de 20 séances.....			6300 dhs

Soumaya Chaabi

Orthophoniste

Soumaya CHAABI

ORTHOPHONISTE

Gsm: 06 58 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



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le.....

M. CHAIEB LAHSEN
Né le : 23/09/1938



CJ023A11103038

16/01/2023

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)

M. Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG/EMG
Clinique JERRADA - Oasis
Tél: 06 67 17 33 11
INP : 091032391

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :
 Nom et Prénom de l'adhérent :
 Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : CHABBI Soumaya
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. CHALEB Lahsen
 Nécessite un bilan + rééducation orthophonique
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)
20 séances. (voir prescription du médecin
neurologue SVP)
 Une hospitalisation de (approximatif)
 A (préciser l'établissement hospitalier)

Soumaya CHABBI
 ORTHOPHONISTE
 GSM 06 55 36 81 73

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Voir Prescription Du Docteur
Neurologue

Cachet, date et signature du praticien

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.