

Dr Zineb IRAQI
Pédopsychiatre



د. زينب عراقي
طبيبة نفسانية للأطفال والراهقين

192600

Casablanca, le : 24/11/2024 الدار البيضاء في :

Adam IRAQI

Bilan neuropsychologique
(WISC IV)

Dr. Zineb IRAQI
Pédopsychiatre
134, rue Ahmed El Joumari Angle Boulevard Bir Anzarane Résidence Aya - 2^{ème} étage - N° 6 Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79 - e-mail: dociraqi@gmail.com

DEVIS N° 007/2024

Fait à Casablanca, le 24-01-2024

Nom : Iraqi Adam
Date de naissance : 03-06-2017

Désignation	P.U. (en dhs)	Total
1 séance de consultation - Parents	450	
1 séance de consultation - Enfant	300	
- 3 ou 4 séances d'évaluations (3 à 4h)		
• Passation WISC V ou K-abc 2		
• Epreuves complémentaires (Nepsy, Teach, Figure de Rey...)		
• Questionnaires et/ou test d个性	4900	
- Analyse des résultats et rédaction du compte rendu (3h)		
- Entretien de restitution (30 à 45 min)		
• Compte rendu oral		
• Compte rendu écrit		
		5650 dhs

Arrêtée le présent devis à la somme de: Cinq mille six cent cinquante dhs
Devis valable pendant 6 mois.

Merci de noter que le paiement intégral du bilan doit être effectué au plus tard lors de la dernière séance d'évaluation.

Déclaration de Maladie

W21-838386

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8692 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TRACOT KALIM

Date de naissance :

01/01/1977

Adresse :

357 COST CERVANTIN Bouslimane

Tél. :

066 129 6987

Total des frais engagés : Dhs

Dr. Zineb IRAQI

Cadre réservé au Médecin

10, Rue Ahmed El Jourani
Bd Bir Anzarane, Res Aya, 2e Etage
N° 6, Maârif Casablanca
Tél: 05 22 23 70 54 - 06 61 07 92 79

Date de consultation : 24 / 1 / 2024

Nom et prénom du malade : Adam Traopi Age : 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Trouble du comportement

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Trouble Attention

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 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

W21-838386

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
24/01	cn Ry	1	Gratuit	Dr. Anzarane, Psychiatre N° 6, Modif, Casablanca 05 22 23 70 54 - 06 61 07 92 70
25/01				

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	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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