

Dr Zineb IRAQI
Pédopsychiatre



د. زينب عراقي
طبيبة نفسانية للأطفال والمراهقين

192600

Casablanca, le : 24 / 1 / 2024 : الدار البيضاء في

Adam IRAQI

Bilan neuropsychologique
(WISC V)

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



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) <ul style="list-style-type: none">• Passation WISC V ou K-abc 2• Epreuves complémentaires (Nepsy, Teach, Figure de Rey...)• Questionnaires et/ou test d personnalité - Analyse des résultats et rédaction du compte rendu (3h) <ul style="list-style-type: none">• Compte rendu oral• Compte rendu écrit	4900	
		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.

HIND BOUAMAR
Cabinet de Neuropsychologie
283, Bd. Youssef At Melloul - Casablanca
Tél : 06 75 24 45 08 / 05 22 94 23 77



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

Déclaration de Maladie

W21-838386

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8692 Société : RCM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TRAORE KARIM

Date de naissance : 01/01/1977

Adresse : 357 COSSA ALGENTAN BOUSIO 475

Tél : 066 129 6985 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zineb IRAQI
Pédopsychiatre
Rue Ahmed El Joumari, Angle
3d Bir Anzarane, Rés Aya, 2e Etage
N° 6, Maârif / Casablanca
Tél: 05 22 25 76 54 - 06 61 07 92 79

Date de consultation : 20/1/2024

Nom et prénom du malade : Adam Traore Age: 6 ans

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 :

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
24/01/2024	C.N.R.	1	Gratuit	

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 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.