

Dr. BIDANI ILham

PÉDIATRE

Allergologie Pédiatrique - Homéopathie

Diplômée de la faculté de Médecine
de Casablanca



198257

ORDONNANCE

FATIHİ. HİBA.

Ca

Age = 14 ans.

1/ 30 Séances de Kinés
psychomotrices

Dr. BIDANI ILham
PÉDIATRE
Allergologie Pédiatrique - Homéopathie
714 Bd. El Fida Etg. 2 Ap
El Amal 1 Casablanca
Tel.: 05 20 71 72

Devis mensuel de prise en charge d'en spécifique

Adhèrent : MOHAMED FATIHI
Nom Et Prénom : HIBA FATIHI
Assurance : MUPRAS
Date De Naissance : 27/03/2010
Diagnostiqué : TRISOMIE 21

Nombre de séance par 2 mois : 30 séances de Psychom

A raison de 200 dhs par séance

Pour la période : 02.03.2024 à 02.05.2024

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe : la présidente d

HANANE KHADRAOUI
PSYCHOMETRICIENNE
0700734002

جمعية مع الأشخاص
في وضعية إعاقة
البريد الإلكتروني
GSM: 07

Devis mensuel de prise en charge d'enfant aux spécifique

Adhérent : MOHAMED FATIHI
Nom Et Prénom : HIBA FATIHI
Assurance : MUPRAS
Date De Naissance : 27/03/2010
Diagnostiqué : TRISOMIE 21

Nombre de séance par 2 mois : 30 séances de Psychomotricité

A raison de 200 dhs par séance

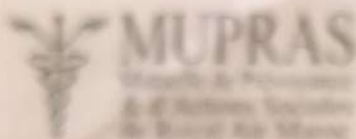
Pour la période : 02.03.2024 à 02.05.2024

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe : la présidente de l'asso

HANANE KHADRAOUI
Psychomotricienne
0780734002

جمعية جميعا مع الأطفال
جمعية جميعا مع الأطفال
GSM: 07 02 79 53 07



Déclaration de Maladie

W21-839660

☐ Audiologie☐ Dentaire☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (s)

Matricule 08197

Société Royal Air Maroc

☐ Adulte☐ Personnelle☒ Autre

Nom & Prénoms

FATIMI Mohamed

Date de naissance

2000-11-17 Apt 06 Résidence

Adresse

Benechial

Tél 0673262816

Total des frais engagés

6000,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation

Nom et prénom du malade

FATIMI HIBA

En de parenté

☐ Lui-même☐ Conjoint

Adresse de la maladie

Tricowie 21

Action longue durée ou chronique

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

En cas où le malade aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli cacheté à la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e)

Le

VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-839660

Coupez ce volet, découpez le et conservez le.

Il est nécessaire de le présenter pour toute

Matricule :

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

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
		AM	PC	IM	IV	

ANANE KHADRAOUI
PSYCHOPEDAGOGUE
0700734002

Cachet

VOLET ADHERENT

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

amr.aminambidani@gmail.com

Coupon