

205615

DEVIS

N° : 301/2024

Nom : MAHIL El mehdi

N°CIN : BB123865

جمعية قلوب رحمة للخدمات
الشبه طبية والاجتماعية
سيدي البرنوصي

ACTE	PRIX	MONTANT
Frais du mois :	600DH/Mois	2400DH
Séances d'orthophonie	400DH/MOIS	1600DH
Séances de psychomotricité	400DH/MOIS	1600DH
TOTAL	5600DH	

La somme de devis arrêt : CINQ MILLE SIX CENT Dirhams

جمعية قلوب رحمة للخدمات
الشبه طبية والاجتماعية
سيدي البرنوصي

DR. ABDESSAMI BENADADA

Médecine générale
diplôme médecine du sport



الدكتور عبد السميع بن عبد الله

الطب العام
دبلوم الطب الرياضي

Casablanca le : 07/05/24 : الدار البيضاء في

MAHIL EL TcheSi

L'état de santé de MAHIL
EL TcheSi Trisomique
et souffrant de
détrophonie et psychomotricité
G, 2015

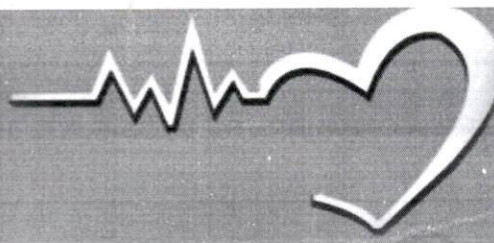


Docteur ABDESSAMI BENADADA
MEDECINE GENERALE الطب العام
10 زقاق 4 فوق حمام طريق الخير
معهدي البرنوصي - الدار البيضاء
GSM : 05 22 73 96 06 Mobile : 06 61 07 24 12

16, زقاق 4, فوق حمام طريق الخير سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

16, Rue 4, Dessus Hammam Tarik, s Bernoussi- Casablanca

Tel : 05 22 73 96 06 - 06 61 07 24 12



Planning

N° : 302/2024

Nom : MAHIL El mehdi

N°CIN : BB123865



ACTE	Mois Avril 2024	Mois Mai 2024	Mois Juin 2024	Mois Juillet 2024
Séances d'orthophonie	3 fois /semaine	3 fois /semaine	3 fois /semaine	3 fois /semaine
Séances de psychomotricité	2 fois /semaine	2 fois /semaine	2 fois /semaine	2 fois /semaine

جمعية قلوب رحيمة للخدمات
الشبه طبية والاجتماعية
سيدي البرنوصي

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Acc

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *MAHIL Achah*

5767

Matricule : *5757*

N° CIN :

Adresse :

205615

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr A Benadada*

Spécialité : *généraliste*

N° ICE :

N° INPE : *091020545*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *MAHIL EL Mehshi*

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☒ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Sous-j de psychomotricité

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa* le *07/05/2026*

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur ABDESSAMI BENADADA
MEDECINE GENERALE الطب العام
16 Rue 8 Novembre 8000 Casablanca
Membre du Collège des Médecins
GSM : 05 22 73 95 03 Mobile : 95 64 08 24 12



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées