

Devis mensuel de prise en charge d'un enfant

Dr. BIDANI Ilham

PÉDIATRE

Allergologie Pédiatrique - Homéopathie  
Diplômée de la faculté de Médecine  
de Casablanca



دكتورة بيداني إلهام

متخصصة في أمراض الأطفال والرضع

مصحة كلية الطب بالدار البيضاء

158177

ORDONNANCE

FATIHI HIBA

Casablanca le, 1/02/23

Age = 12 ans.

Tunisie 21.

1] 30 séances d'orthophonie

BIDANI Ilham  
PÉDIATRE  
Allergologie Pédiatrique et Homéopathie  
714 Boulevard El Fida 2<sup>nd</sup> Floor Hay  
El Amal 1 Casablanca  
Tél: 05 20 71 72 71

Adresse: 714, Boulevard El Fida 2<sup>nd</sup> Étage, Appartement 4 Hay El Amal 1- Casablanca  
Tél: 05 20 71 72 71 - Email: drilhambidani@gmail.com



**Devis mensuel de prise en charge d'enfant aux besoins spécifique**

Adhérent : MOHAMED FATHI

Nom Et Prénom : HIBA FATHI

Assurance : MUPRAS

Date De Naissance : 27/03/2010

Diagnostiquée : TRISOMIE 21

Nombre de séance par 2 mois : 30 séances de d'orthophonie

A raison de 200 dhs par séance

Pour la période : 02.01.2023 à 31.03.2023

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe :la présidente de l'association

SALMA BEN ALI  
ORTHOPHONISTE  
0088730305





# MUPRAS

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

## Declaration de Maladie

N° W21-771434

### Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

08197

Matricule

Actif

Pensionnée(e)

Société: Royal air Maroc

Nom & Prénom:

FATIHI Mohamed

Autre

EX Agent f

Date de naissance:

19 ou 1964

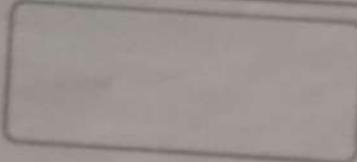
Adresse:

Tunis. J. J. AFT. O.B. Résidence  
Berrechid

06.73.262816 Total des frais engagés: 6000

Cadre réservé au Médecin

Signature du médecin:



de consultation:

et prénom du malade: HIBA. FATIHI

de parenté:

Lui-même

Conjoint

Age

21

de la maladie:

Trisomie. 21.

à l'accident préciser les causes et circonstances:

cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adresse de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e):

Le: / /

### VOLET ADHÉRENT

Numéro de maladie

N° W21-771434

Coupez le et conservez le.  
Il est nécessaire de le présenter pour toute  
consultation ultérieure.

Conserver par l'adhérent(e).

Matricule: 08197

Nom de l'adhérent(e): FATIHI

Total des frais engagés: 6000

Date de dépôt

NOM: Hiba Fatiha

LA DATE: 02.01.2023 à 31.03.2023

Mois Jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Janv	X		X					X			X			X		X			X			X			X						
Févr	X							X			X			X		X			X			X									
Mars	X							X			X			X		X			X			X			X						

Signature de la spécialiste

SALMA BEN ALI  
ORTHOPHONISTE  
0666730305