



Devis mensuel de prise en charge d'enfant

Dr. BIDANI Ilham
PÉDIATRE

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



لدكتورة بيداني إلهام

لتخصصية في أمراض الأطفال والرضع
رابعة كلية الطب بالدار البيضاء

158177

ORDONNANCE

FATIHI HIBA

Casablanca le, 1/02/23

Age = 12 ans.

Trisomie 21.

1) 30 Seances d'orthophonie

BIDANI Ilham
PÉDIATRE
Allergologie Pédiatrique - Homéopathie
714, Bd El Fida, 2^{ème} Etage, Apt 4 Hay
El Amal 1 - Casablanca
Tél: 05 20 71 72 71

Adresse: 714, Boulevard El Fida, 2^{ème} Etage, Appt 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

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 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
0668730305



Declaration de Maladie

N° W21-771434

Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

08197

Société :

Royal Air Maroc

Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Ex Agent

Nom & Prénom :

FATIHI Mohamed

Date de naissance :

19.04.1964

Adresse :

Imm. J.7. Apt. O.B. Résidence
Berrechid

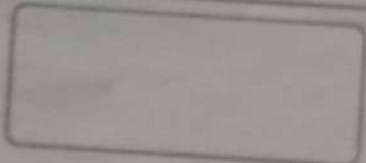
06.73.262816

Total des frais engagés :

6000,-

Cadre réservé au Médecin

Signature du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

HIBA FATIHI

Degré de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age

Date de la maladie :

Trisomie 21

☒

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

En cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel au conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le :

1/1

VOLET ADHERENT

Numéro de maladie

N° W21-771434

Après ce volet, découpez le et conservez le. Il est nécessaire de le présenter pour toute demande ultérieure.

à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

08197

Nom de l'adhérent(e) :

FATIHI

Total des frais engagés :

6000

Date de dépôt :

NOM: Hiba Fatima

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
1 Janv		X		X					X			X			X			X													
2 Février	X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
3 Mars	X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
4																															

Signature de la spécialiste

SALMA BEN ALI
 ORTHOPÉDISTE
 0966730305