

P 17 / 045962

DATE DE DEPOT

/ / 201

| | | |
|---|--------------------------|----------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 8197 |
| Nom & Prénom <i>FATIMA Mohamed</i> | | |
| Fonction <i>EX 18-5 NM</i> | Phones <i>0673262816</i> | |
| Mail <i>fatiha.19.04.1969@gmail.com</i> | | |

| | | |
|---|-------------------------------|------------------|
| MEDECIN | Prénom du patient <i>HIBA</i> | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | Age <i>2010</i> | Date |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite |

| | | | |
|---|---------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | Signature et cachet du médecin |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| | | | |

| | | |
|-----------------------|------|---|
| PHARMACIE | Date | Signature et cachet du Pharmacien |
| Montant de la facture | | |

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--|
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | Date | Signature et cachet du Médecin Conseil |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | |

| | | | | | |
|-----------------------------|----|----|----|---|--|
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | Date <i>01.04.2019 à 30.05.2019</i> | Signature et cachet du Psychomotricienne |
| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV | | |
| | | | | 30 séances pour 2 mois à 1 an sans 200 dh par séance (600 dh) | |

FACTURE

Période : du 01.04.2019 ou 30.05.2019

- Nom et prénom : HIBA FATIHI

- Assurance : MUPRS

- Date de naissance : 27.03.2010

- 30 séances de rééducation de **psychomotricité** a raison 2 séance par semaine arrêtée a la somme de 6000 dh

Le présent facture est arrêtée a la somme De :6000dh

Signature

La présidente


جميعا مع الأشخاص في وضعية إعاقة
Association Ensemble avec Les pers
Situation De Handicap
06 28 61 55 18


Psychomotricienne

La date : 01.04.19 à 30.05.19

Nom : Hiba Fatima

| 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 | | X | | X | | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | |
| 2 | | X | | X | | | X | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | | X | | | X | | X | | | X | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature de la spécialiste

Psychomotricienne