

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 8197

Nom & Prénom

FATIHI Mohamed

Fonction

Agent Navy

Phones

0673262816

Mail

Fatihi 19.04.1964@gmail.com

Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

HIBA

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age 2010

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

Montant de la facture

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

20 JUIN 2019

MUPRAS
Médecin TADLAOUR
Psychométricien

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date 01.04.2019 à 30.05.2019

Nombre

Montant détaillé des
Honoraires

AM

PC

IM

IV

30 séances pour 2 mois ce
qui soit 20 séances par séance
(600 dh)

Psychométricienne



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** à raison 2 séance par semaine arrêtée à la somme de 6000 dh

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

Signature

La présidente

X
جمعية مع الاشخاص في وضعية اعاقة
Association Ensemble avec Les personnes en situation de handicap
06 28 61 55 18

Psychomotricienne



La date : 01.04.19 à 30.05.19

Nom : HIBA. Fatihi

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

Signature de la spécialiste

Psychométricienne