

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/01/20		3		INP : 091 00 92 74
				esablaunes 17/01/2022 14:45:22
				21-BD Zerktouni Ltg4, apt111
				Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Mr Jar MENNOUN Orthophoniste Bd. Mohamed V n° 2 App 8 Casablanca 05 22 24 50 95	07.10.77.202	20 Séances de Rééducation orthophonique				5000,- Dhs AM 012

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	G			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	B			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ACCY

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 27.01.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8714 e-mail : WKHADIRI@Royalairmaroc.com Phones : 0662.77.91.75

Nom et Prénom de l'adhérent : KHADIRI WAHID

Nom et Prénom du bénéficiaire : KHADIRI Ahmed Ghali

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR KHALID KHADIRI

Estime que l'état de santé de Mme, M. KHADIRI Ahmed Ghali

Nécessite relevé d'utérus orthopédique

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

retard. du langage f

Cachet, date et signature du praticien

DR KHALID KHADIRI
72, Bd Zerktouni Casablanca, Tél: 0522 47 45 72

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Docteur Khalid AMAR

Pédiatre

Spécialiste de l'Asthme
et des maladies allergiques
de l'enfant

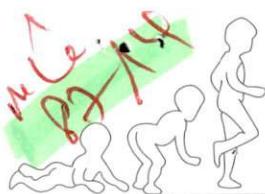
~~SM~~ le 05/02/20
Appel le 05/02/20

Casablanca le

27/01/2020

الدكتور خالد عمار

إخْصَاصِي في أمراض الطفْل
أمراض الحساسية عند الطفْل
مرض الربو (الضيق)



الدار البيضاء، في

Chér(e) ami(e)



Je t'adresse, KHADIRI Ahmed Ghali , âgé(e) de 3

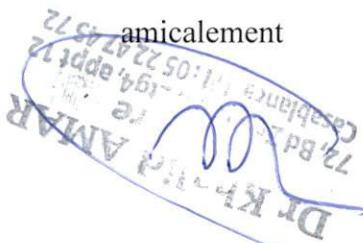
ans ,qui nécessite une reeducation orthophonique

pour : retard du language (20 séances)

je l'adresse à tes bons soins pour avis et eventuelle

prise en charge

amicalement



Dr. AMAR Khalid

شارع الزقطوني الطابق الرابع، الرقم 12. (قرب سوق الورود) 20140 الدار البيضاء

72, Bd Zerkouni, 4^{ème} Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - 20140 - Casablanca

Tél. : 0522 47 45 72 - G.S.M : 0661 41 15 87 - E-mail : k.amar@menara.ma

Cabinet d'orthophonie Belvédère
433 bd Mohamed V, Etage 2
Appt 8. Casablanca
Tel : 05 22 24 50 95

Casablanca le 07/07/2020

FACTURE N° :044/2020

Nom et prénom : **AHMED GHALI KHADIRI**

Diagnostic : **Retard du langage**

Pour 20 séances de rééducation orthophonique du langage orale.

08/02/2020	14/03/2020
12/02/2020	08/06/2020
15/02/2020	10/06/2020
19/02/2020	15/06/2020
22/02/2020	17/06/2020
26/02/2020	22/06/2020
29/02/2020	24/06/2020
04/03/2020	29/06/2020
07/03/2020	01/07/2020
11/03/2020	06/07/2020

Sur ordonnance du Dr KHALID AMAR Soit 20 séances x 250 dhs =5000,00 dhs.

Arrêté la présente facture à la somme de cinq mille dirhams.

Hajar MENNOUNI
Orthophoniste
433, Bd. Mohamed V Etg 2 Appt 8
Casablanca
Tél. 05 22 24 50 95

433 bd Mohamed V, étage 2 Appt 8.Casablanca. Tél : 05 22 24 50 95

E-mail : mennouni.hajar@gmail.com ; IF 15295467– Patente : 31211048