

5357

Casablanca, le 06/03/23

Devis N° VDE230037

159330

Le présent devis couvre la période du 01/01/23 au 30/06/23

Je soussignée Docteur  Dr. ZEROUALI Asmaa, atteste que la prise en charge spécialisée comprendra à la fois des séances de rééducations en orthophonie, psychomotricité et un suivi psychologique.

L'enfant : **FILALI RAFIK Meriem**

Programme

Orthophonie	66 Séance	à	125,00 DH la séance. Soit	8 250,00
Psychomotricité	54 Séance	à	150,00 DH la séance. Soit	8 100,00
Total TTC :				16 350,00

Arrêtée le présent devis à la somme de **Seize mille trois cent cinquante Dirhams**

Signature



 EL GARTI Hanane

 Psychomotricien

 Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37



 Mme. MEJSAR Samia

 Orthophoniste

 GSM : 05 22 49 17 88 - Tél : 05 22 27 70 37



 Dr. ZEROUALI Asmaa

 Médecin

 27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa. Casablanca

 Tél : 05 22 49 17 88 - Tél : 05 22 32 09 80

Association reconnue d'utilité publique



Casablanca, le 06/04/2023

CERTIFICAT MEDICAL



Je soussignée, **Dr ZEROUALI Asmaa** médecin de l'Association Anaïs,
Médecin
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa. Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80

certifie par la présente que l'enfant FILALI RAFIK Meriem née le 18/08/2008

est porteuse d'un handicap mental chronique qui nécessite une prise en

charge spécialisée au sein de l'association.

Certificat fait ce jour, pour servir et valoir ce que de droit.

Signature


Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa. Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80

Association reconnue d'utilité publique

Le/...../.....

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule N° de poste :
Nom et Prénom de l'adhérent : N° Tél. bureau :
Nom et Prénom du bénéficiaire : N° Tél. domicile :

A remplir par le praticien

Je soussigné
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. FILALI RAEK Mohamed
Nécessite une Prise en charge à Anars
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Psychiatrie à orthopédie
Une hospitalisation de : (Approximatif)
A : (préciser l'établissement hospitalier)

Strictement confidentiel

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

Cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision :
Jeune Patient d'ém. retard. Psychomoteur qui nécessite une Prise en charge au long cours.
au sein d'Anars avec des Séances d'orthopédie et de psychiatrie.


Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin
Rue Mohammed VI, Casablanca
Tél : 05 22 32 09 80

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS
cuvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact : 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76