

Association des Parents et Amis  
D'Enfants Inadaptés  
Casablanca



جمعية آباء وأصدقاء  
الأطفال المعاقين ذهنيا  
بالدار البيضاء



POUR UNE EGALITE  
DES CHANCES

التوحد - الذهان - التثاقل الصيفي

Autisme - Psychose - Trisomie 21

RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE - DECRET 2/89/651 DU 2-11-89

MEMBRE COMPLEMENTAIRE DE LA SOCIETE QUEBECOISE DE L'AUTISME.

MEMBRE DE LA FEDERATION FRANCAISE DE SESAME AUTISME MEMBRE D'AUTISME EUROPE

MEMBRE DE L'ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE SUR L'AUTISME ET LA PREVENTION DES INADAPTATIONS.

MEMBRE DE LA LIGUE INTERNATIONALE DES ASSOCIATIONS POUR LES PERSONNES HANDICAPES MENTALES «INCLUSION INTERNATIONALE»



من أجل  
تكافؤ الفرص

Casablanca, le 08/01/24

DEVIS N° : RM000109

ADHERENT : BOUJLIL AZIZ  
ENFANT : BOUJLIL YAHYA

PERIODE : DV 1-6/24

**MUPRAS**

Référence	Désignation	Quantité	Px unitaire	Montant
SEANC	Seances Orthophoniques	72,00	110,00	7 920,00
SEANC	Seances psychomotricités	72,00	110,00	7 920,00

Total

15 840,00

ARRETE LE PRESENT DEVIS A LA SOMME DE :

Quinze mille huit cent quarante Dirhams

LA DIRECTION ADMINISTRATIVE  
DE L'APAEI

APAEI  
68, Rue 9 Avril - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 57 11

Siège : 68, Rue 9 Avril Maârif - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 25 57 11 - GSM : 0700 800 888 -  
06 80 74 58 99 - Compte Bancaire APAEI N° : 007 780 000 358 40000 300 524 34 Attijari wafabank  
Site web: www.apaei.ma - E-mail: ass\_apaei@hotmail.fr

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 05 / 01 / 2024

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... E-mail : ..... Phones : .....  
Nom et Prénom de l'adhérent : BOUSLIL A212  
Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : .....  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. BOUSLIL A212  
Nécessite Seuvi par un médecin spécialiste  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Seuvi par un médecin spécialiste

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):

Mis à 21

Cachet, date et signature du praticien

Dr. YACOUBI Fatima Zahra  
Psychiatre - Psychothérapeute  
7 Hay Chabab Zone A Appt. 1  
Ain Sebba - Casa Tél: 0522 75 97 5  
NPE: 091237198

EL IBRAHIMI KENZA  
Psychiatre  
GSM: 06 62 09 17 82  
06 44 59 19 74

## 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.