

Association des Parents et Amis
d'Enfants Inadaptés
Casablanca



POUR UNE ÉGALITÉ
DES CHANCES

APAEI



جمعية أباء وأصدقاء
الأطفال المعاقين ذهنياً
الدار البيضاء



من أجل
تكافؤ الفرص

التوحد - الذهان - التثالث الصبغي
Autisme - Psychose - Trisomie 21

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

MEMBRE COMPLEMENTAIRE DE LA SOCIÉTÉ QUEBECOISE DE L'AUTISME

MEMBRE DE LA FONDATION FRANÇAISE SESAME AUTISME MEMBRE DE AUTISME EUROPE

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

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



20337

DEVIS N° : RM000097

ADHERENT : BOUJLIL AZIZ
ENFANT : BOUJLIL YAHYA

PERIODE : DV MOIS 1-4/20

Casablanca, le 07/02/20

MUPRAS

Référence	Désignation	Quantité	Px unitaire	Montant
SEANCE	Séances Orthophoniques	48,00	110,00	5 280,00
SEANCE	Séances psychomotricités	48,00	110,00	5 280,00
				Total
				10 560,00

ARRETE LE PRESENT DEVIS A LA SOMME DE :

Dix mille cinq cent soixante Dirhams

LA DIRECTION ADMINISTRATIVE
DE L'APAEI

A.P.A.E.I.

68, Rue 9 Avril - Casablanca

Tél/Fax: 05 22 25 57 11

Siège : 68, Bd. 9 Avril - Maârif - Casablanca - Tél. et Fax : 05 22 25 57 11
GSM : 06 80 94 58 99 - Compte Bancaire APAEI N° : 007 780 000 358 4000 300 524 34 Attijari Wafabank
Site web : www.apaei.ma - E-mail : ass_apaei@hotmail.fr



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le/...../.....

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule: <u>00157</u>	N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent: <u>BOUSSET</u>	N° Tel bureau:
Nom et Prénom du bénéficiaire: <u>BOUSSET Agnès</u>	N° Tel domicile:
A remplir par le praticien	
Je soussigné: <u>Dr ELKASIRI Nour</u>	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M:	
Nécessite:	
Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient)	
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): <u>Déficience Maritale 8/27</u>	
cachet, date et signature du praticien	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision:	

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

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

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tel : 05 22 91 23 36 Fax : 022 91-26-52