

Casablanca, le 02/03/21

Devis N° VDE210019

Le présent devis couvre la période du 01/01/21 au 30/06/21

Je soussignée Docteur Dina SELASSI, médecin d'Anais, atteste que la prise en charge spécialisée comprendra à la fois des séances de rééducations en orthophonie, psychomotricité et un suivi psychologique.

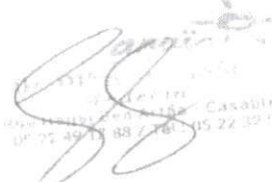
L'enfant : **ABDELKRIM Mohamed réda**

**Programme**

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

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

Médecin d'anais


  
 Dr. Dina SELASSI
   
 27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca
   
 Tél : 05 22 49 17 88 / 05 22 26 67 92

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : anais@anais-maroc.ma  
 Tél : (212) 5 22 49 17 88 - 05 22 26 67 92 - 05 22 32 09 80 - Fax : (212) 5 22 27 70 37 - 05 22 32 09 79  
 IF: 1006743 - ICE: 001799287000052 - RIB : 007 780 000 3654000300171 64 / AWB / Agence Casa Victor Hugo



MUPRAS

Mouvement Unitaire des Professions de Santé  
Délégation Régionale de la Région de la Capitale

Le 28.03.2021

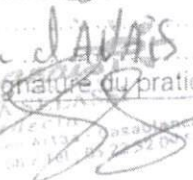
## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné : <u>Dr Dina Selassie</u>	
Estime que l'état de santé de Mlle, M, M. <u>ABD &amp; Klem Hohane Aida</u>	
Nécessite <u>une prise en charge à Ancis</u>	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) <u>Psychomotricité 4</u>	
<u>orthophonie</u>	
Une hospitalisation de : (Approximatif) <u>/</u>	
A : (préciser l'établissement hospitalier) <u>/</u>	

Strictement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) : <u>Jeune porteur d'un retard psychomoteur, qui nécessite des séances d'orthophonie et de psychomotricité au sein d'un ASRS</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

SECTEUR SOCIAL - DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

142, RUE DE LA PAIX, 1000 BRUXELLES - TÉLÉPHONE : 02 22 91 23 36 - FAX : 02 22 91 23 76