



POUR UNE EGALITE
DES CHANCES

التوحد - الذهان - التثاقل الصبغي
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

67610

0518 8157

Casablanca, le 16/02/21

DEVIS N° : RM000099

ADHERENT : BOUJLIL AZIZ

ENFANT : BOUJLIL YAHYA

PERIODE : DV MOIS 01-4/21

MUPRAS

Référence	Désignation	Quantité	Px unitaire	Montant
SEANC	Séances Orthophoniques	48,00	110,00	5 280,00
SEANC	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



MUPRAS

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

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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par le patient	
Matricule: <u>0123456789</u>	N° de poste: <u>1234</u>
Nom et Prénom de l'assuré: <u>EL KASBIT EL HADJ</u>	N° Tel bureau: <u>05 22 91 23 36</u>
Nom et Prénom du bénéficiaire: <u>EL KASBIT EL HADJ</u>	N° Tel domicile: <u>05 22 91 23 36</u>
A remplir par le praticien	
Je soussigné: <u>DR EL KASBIT EL HADJ</u>	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M: <u>.....</u>	
Nécessite: <u>.....</u>	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient): <u>.....</u>	
Une hospitalisation de (Approximatif): <u>.....</u>	
A: (préciser l'établissement hospitalier): <u>.....</u>	
Saisissement de l'incident: <u>.....</u>	
Renseignements sur la nature de l'incident: <u>.....</u>	
Signature du médecin conseil de la MUPRAS: <u>Dr El Kasbit El Hadj</u>	
Cachet, date et signature du praticien: <u>.....</u>	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision: <u>.....</u>	

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