



*POUR UNE EGALITE
DES CHANCES*



*من أجل
تكافؤ الفرص*

التوحد - الذهان - التشتت 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 MEMEBRE 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»

62610

308 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

MUPRAS
15 AVR. 2021
ACCUEIL

**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,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



MUPRAS

MUTUELLE DE PRÉVOYANCE &
D'Actions Sociales de Royal Air Maroc

le / /

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

A remplir par le praticien	
Pratiquant:	N° d'immatriculation
Nom et Prénom du praticien	N° d'immatriculation
Nom et Prénom du bénéficiaire	N° Tel bureau
A remplir par le praticien	
Je soussigne: <i>EL KHOURI HADDOUD</i>	N° Tel domicile
Estime que l'état de santé de M ^{me} M ^{me} M ^{me}	
Nécessite:	
Un acte côtelé à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de l'appareil(s) :	
A: (préciser l'établissement hospitalier)	Séjournement au quotidien
Renseignement sur la nature de la demande (à remplir par le praticien conseil de la MUPRAS)	
<i>RADIOPAQUE TUMA TAD GLO</i>	
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