

108136

Casablanca, le 14/02/22

Devis N° VDE220014

Le présent devis couvre la période du 01/01/22 au 30/06/22

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

L'enfant : **EL BOUCHIKHI Abdelghani**

Programme

| | | | | |
|--------------------|-----------|---|---------------------------|------------------|
| Orthophonie | 66 Séance | à | 125,00 DH la séance. Soit | 8 250,00 |
| Psychomotricité | 54 Séance | à | 150,00 DH la séance. Soit | 8 100,00 |
| Total TTC : | | | | 16 350,00 |

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

Médecin d'anaïs

Dr. DINA SELASSI
Médecin
27, Rue Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 / 05 22 32 09 80

Association reconnue d'utilité publique



MUPRAS

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

Le/...../.....

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. Dima Selassi</u> | |
| Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>El Zouhairi Abdelghani</u> | |
| Nécessite <u>une prise en charge à AHAIS</u> | |
| Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) <u>Psychomotricité 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 de trisomie 21 (Retard Mental) nécessitant une prise en charge au long cours à AHAIS avec des séances d'orthophonie et de psychomotricité</u> | |
| Cachet, date et signature du praticien <u>Dr. Dima Selassi</u> Tél : 05 22 49 17 77 | |
| 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

Tél : 022 91-23 36/91 26 39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28 83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras@royalairmaroc.com