

Casablanca, le 06/03/23

Devis N° VDE230039

Le présent devis couvre la période du 01/01/23 au 30/06/23

Je soussignée Docteur ..... 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
<b>Total TTC :</b>				<b>16 350,00</b>

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

Signature

انائس  
EL GARTILI Hapane  
Psychomotricienne  
Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37

MEJBAR Samia  
Orthophoniste  
Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37

انائس  
Dr ZEROUALI Asmaa  
Médecin  
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa, Casablanca  
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél : 05 22 32 09 80



**Association reconnue d'utilité publique**

Casablanca, le 06/03/2023

**CERTIFICAT MEDICAL**

اناييس  
anaïs  
www.anaïs-maroc.ma  
Dr ZEROUALI Asmaa  
Médecin

Je soussignée, ..... 27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa, Casablanca  
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80 médecin de l'Association Anaïs,  
certifie par la présente que l'enfant El BOUCHIKHI Abdelghani né(e) le  
13/05/1992 est porteur d'un handicap mental chronique qui nécessite une  
prise en charge spécialisée au sein de l'association.

Certificat fait ce jour, pour servir et valoir ce que de droit.

**Signature**

اناييس  
anaïs  
www.anaïs-maroc.ma  
Dr ZEROUALI Asmaa  
Médecin  
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa, Casablanca  
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80

**Association reconnue d'utilité publique**



Le 06.1.03.1.2023.

## 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 .....  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. EL BOUCHIKHI Abdelghani  
Nécessite une prise en charge à Anais  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Psychomotricité + orthophonie  
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) :  
.....  
.....  
.....

Cachet, date et signature du praticien

### A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision :  
Jeune femme d'un retard psychomoteur qui nécessite une prise en charge au long cours au sein d'Anais avec des séances d'orthophonie et de psychomotricité.

Dr ZEROUALI Asmaa  
Médecin

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à 27, Rue Halouj Abou Arradj, Casablanca  
ouvable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter. Tel : 05 22 49 17 88 - Tel : 05 22 32 09 80

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