

Association des Parents et Amis
d'Enfants Inadaptés
Casablanca

APAEI



جمعية أباء وأصدقاء
أطفال المعاقين ذهنياً
الدار البيضاء



POUR UNE ÉGALITÉ
DES CHANCES

التوحد - الذهان - التثلث الصبغي
Autisme - Psychose - Trisomie 21



من أجل
تكافؤ الفرص

جمعية ذات منفعة عامة مرسوم 2/89/651 بتاريخ 2-11-89
عضو في الفدرالية الفرنسية سيزام أو تيزم
عضو ملحق بالجمعية الكيبكية للإنطواء على النفس
عضو فظي جمعية البحث على للانطواء والوقاية من الإعاقات
عضو في العصبة الدولية للجمعيات المهتمة بالأشخاص المعاقين ذهنياً

Casablanca, le 30/09/19

DEVIS N° : RM000096

ADHERENT : BOUJLIL AZIZ
ENFANT : BOUJLIL YAHYA

PERIODE : DV MOIS 9-12/19

MUPRAS

Reference	Designation	Quantite	Px unitaire	Montant
SEANCE	Séances Orthophoniques	48,00	110,00	5 280,00
SEANCE	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

المقر : 68، شارع 9 أبريل - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 57 11 - الفاكس : 05 22 25 57 11
تف المحمول : 06 80 74 58 99 - الحساب البنكي APAEI رقم : 007 780 000 358 4000 300 524 34 التجاري وفا بنك
الموقع الإلكتروني : www.apaei.ma - البريد الإلكتروني : ass_apaei@hotmail.fr

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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 08457 N° de poste: _____

Nom et Prénom de l'adhérent: BOUJILIL N° Tel bureau: _____

Nom et Prénom du bénéficiaire: BOUJILIL Nana N° Tel domicile: _____

A remplir par le praticien

Je soussigné: B. ELKASBIT Nana

Estime que l'état de santé de M^{lle}, M^{me}, M^r: _____

Nécessite: _____

Un acte coté à la nomenclature: (préciser le coefficient) _____

Une hospitalisation de: (Approximatif) _____

A: (préciser l'établissement hospitalier) _____

Stricte confidentialité

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):
Déficience Maritale

_____ 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