

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.  
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.  
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.  
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**Déclaration de Maladie**  
N° M20- 0002747

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8632 Société : CAM 51796  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ahmed . SAID  
Date de naissance : 16-02-21  
Adresse :  
Tél. : 066113 9732 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-02747

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier des Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-540000

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKRAY SAID

Date de naissance : 16.02.71

Adresse : 11 Rue de BELVEDERE Agst

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 DEC 2020

Nom et prénom du malade : LEHNA SANAN

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : LNH B à grandes cellules

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAS A

Le : 06/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

[illegible]

02/11/20 Transfusion 686,79 INP : 1090006784  
CLINIQUE AL MADINA  
PEC  
Angle Rue Med Bahi et Rue Monsard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél: 33 77 77 40 à 49 (16)

[illegible]

|                                                                                  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|

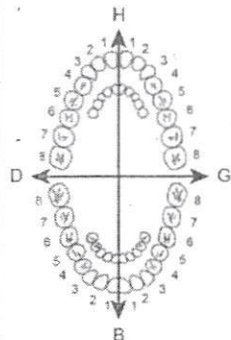
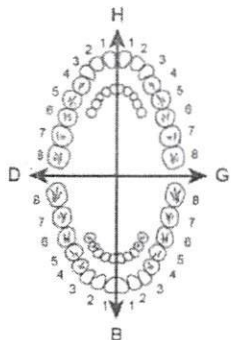
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H                                            |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|                                                                                      | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21433552            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11433553            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | |

FIN  
D'EXECUTION

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |   |          |
|----------|---|----------|
|          | H |          |
| 25533412 |   | 21433552 |
| 00000000 |   | 00000000 |
| 00000000 |   | 00000000 |
| 35533411 |   | 11433553 |
|          | B |          |

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hématologie Adulte et Enfant-Oncologie Pédiatrique-Chimiothérapie\*  
Grefe de Moelle Osseuse-Hémophilie-Hémoglobinopathie-Déficit Immunitaire  
Soins Intensifs-Réanimation-Traitement de la Douleur-Rx Conventiennelle-Echographie

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 3996 / 2020 du 17/11/2020

Nom patient : LEHNA SANAA

Entrée 02/11/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 02/11/2020

|                                | Nombre | Lettre<br>Clé | Prix<br>Unitaire  | Taux<br>Pec | Montant<br>Patient |
|--------------------------------|--------|---------------|-------------------|-------------|--------------------|
| <b>PRESTATIONS</b>             |        |               |                   |             |                    |
| SEJOUR                         | 1.00   | SEJOUR        | 400.00            | 20          | 80.00              |
| PARAPHARMACIE                  | 1.00   |               | 118.21            | 100         | 118.21             |
|                                |        |               | <b>Sous-Total</b> |             | <b>198.21</b>      |
| <b>PHARMACIE</b>               |        |               |                   |             |                    |
| PHARMACIE                      | 1.00   | PH            | 32.88             | 20          | 6.58               |
|                                |        |               | <b>Sous-Total</b> |             | <b>6.58</b>        |
| <b>PRESTATIONS EXTERNES</b>    |        |               |                   |             |                    |
| PR. ZAFAD SAADIA (hematologue) | 1.00   | K             | 200.00            | 20          | 40.00              |
|                                |        |               | <b>Sous-Total</b> |             | <b>40.00</b>       |
|                                |        |               |                   |             |                    |
| CENTRE TRANSFUSION SANGUINE    | 1.00   |               | 2 210.00          | 20          | 442.00             |
|                                |        |               | <b>Sous-Total</b> |             | <b>442.00</b>      |

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

SIX CENT QUATRE-VINGT-SIX DIRHAMS SOIXANTE-DIX-NEUF CENTIMES

**Total 686.79**

Montant total facturé 2 961.09

Montant pris en charge par l'organisme 2 274.30

Montant ticket modérateur à charge du patient 686.79

CLINIQUE AL MADINA

PEC

Angle Rue Med. Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 / GSM : 0662 54 23 07 - Fax : 05 22 23 06 66 - Email : secretariat hematologie@gmail.com  
L.F : 1007171-R.C : 407991-Taxe Professionnelle : 34782425-C.N.S.S : 7582358-ICE : 001630200000096

Hématologie Adulte et Enfant-Oncologie Pédiatrique-Chimiothérapie  
Greffe de Moelle Osseuse-Hémophilie-Hémoglobinopathie-Déficit Immunitaire  
Soins Intensifs-Réanimation-Traitement de la Douleur-Rx Conventiennelle-Echographie

## FACTURE

N° : 3996 A / 2020 du 17/11/2020

TRANSFUSION

Nom patient LEHNA SANAA

Entrée 02/11/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 02/11/2020

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| SEJOUR                      | 1.00   | SEJOUR     | 400.00        | 400.00  |
|                             |        |            | Sous-Total    | 400.00  |
| PHARMACIE                   | 1.00   | PH         | 32.88         | 32.88   |
|                             |        |            | Sous-Total    | 32.88   |
| Total Clinique              |        |            |               | 432.88  |

|                                |      |   |            |          |
|--------------------------------|------|---|------------|----------|
| PR. ZAFAD SAADIA (hematologue) | 1.00 | K | 200.00     | 200.00   |
|                                |      |   | Sous-Total | 200.00   |
| CENTRE TRANSFUSION SANGUINE    | 1.00 |   | 2 210.00   | 2 210.00 |
|                                |      |   | Sous-Total | 2 210.00 |
| Total Autres prestations       |      |   |            | 2 410.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE HUIT CENT QUARANTE-DEUX DIRHAMS QUATRE-VINGT-HUIT CENTIMES

Total 2 842.88

Immatriculation :

Adhérent :

LEHNA SANAA

Affiliation :

N° prise en charge : 4900200/04/11/2020

Cin :

Part organisme

2 274.30

Part patient

568.58

CLINIQUE AL MADINA

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 / GSM : 0662 54 23 07 - Fax : 05 22 23 06 66 - Email : secretariat@hematologie@gmail.com  
I.F : 1007171 - R.C : 407991 - Taxe Professionnelle : 34782425 - C.N.S.S : 7582358 - ICE : 001630200000096

CLINIQUE AL MADINA

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 / GSM : 0662 54 23 07 - Fax : 05 22 23 06 66 - Email : secretariat@hematologie@gmail.com  
I.F : 1007171 - R.C : 407991 - Taxe Professionnelle : 34782425 - C.N.S.S : 7582358 - ICE : 001630200000096

Nom patient : LEHNA SANAA N° Facture 5996 Hématologie Adulte et Enfant Oncologie Pédiatrique-Chimiothérapie ' 20K021427

| Produit                               | Quantité | Prix Unitaire | Montant       |
|---------------------------------------|----------|---------------|---------------|
| ANDOL 1G PERFUSI (01)                 | 1        | 18.80         | 18.80         |
| PARACETAMOL NORMON 1G PERFUSI (50)(1) | 1        | 14.08         | 14.08         |
| <b>Sous-Total médicaments</b>         |          |               | <b>32.88</b>  |
| AIGUILLE JAUNE 30G 0.3*13 (100)(1)    | 1        | 0.76          | 0.76          |
| BAVETTE A ELASTIQUE (050)(1)          | 1        | 5.10          | 5.10          |
| BETADINE 10% 125ML (001)              | 1        | 15.60         | 15.60         |
| CHARLOTTE A CLIPS BLANCHE (100)(1)    | 1        | 0.75          | 0.75          |
| CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1) | 2        | 10.30         | 20.60         |
| COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)     | 1        | 1.88          | 1.88          |
| GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)    | 2        | 0.90          | 1.80          |
| GANT D'EXAMEN NITRILE M (200)(1)      | 2        | 0.72          | 1.44          |
| INTRANULE ROSE 20 G (100)(1)          | 1        | 4.50          | 4.50          |
| INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1)       | 1        | 4.50          | 4.50          |
| PERFUSEURS A/F STERILE (001)          | 1        | 5.00          | 5.00          |
| PHARMAFIX 10*10 (001)                 | 1        | 46.23         | 46.23         |
| SERINGUE 10CC (100)(1)                | 1        | 1.05          | 1.05          |
| TRANSFUSEUR (001)                     | 1        | 9.00          | 9.00          |
| <b>Sous-Total consommable médical</b> |          |               | <b>118.21</b> |
| <b>Total pharmacie</b>                |          |               | <b>151.09</b> |

CLINIQUE AL MADINA

PEIC

Angle Rue Med. Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 / GSM : 0662 54 23 07 - Fax : 05 22 23 06 66 - Email : [secretariat hematologie@gmail.com](mailto:secretariat hematologie@gmail.com)  
L.F : 1007171 - R.C : 407991 - Taxe Professionnelle : 34782425 - C.N.S.S : 7582358 - ICE : 001630200000096