



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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 01/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 00953 E-mail :

Phones : 0522 39 65 70

Nom et Prénom de l'adhérent : BAKKAL MOHAMED

Nom et Prénom du bénéficiaire : MANGUER ZAHRA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR AJOUBY Mohamed

Estime que l'état de santé de Melle, Mme, M. MANGUER Zahra

Nécessite : L'hémodialyse

un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

hémodialyse.....

Une hospitalisation de (approximatif).....

A (préciser l'établissement hospitalier)...centre d'hémodialyse privé IBNO ROCH Casablanca Dr AJOUBY MED

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS).

LA PATIENTE PRESENTE UNE IRCT NECESSITE SA PRISE EN CHARGE EN HEMODIALYSE 3 FOIS PAR SEMAINE A VIE.

Cachet, date et signature du praticien

01/11/2019

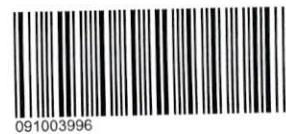
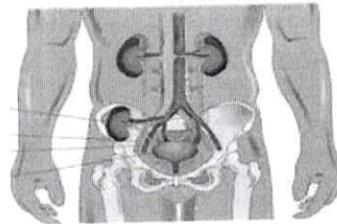
Centre Hemodialyse Privé IBN ROCH
Docteur Mohammed AJOUBY
NEPHROLOGIST
3, Rue Abou Bakr - Casablanca
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 022.26.20.50 - Fax : 022.99.28.01

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. Cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.





090001074

091003996

Planning des séances d'hémodialyse

CIN N° : **B15004**

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE: **BAKKAL MOHAMED**

NOM ET PRENOM BENEFICIAIRE: **MANGUER ZAHRA**

BENEFICIAIRE: ADHERENT CONJOINT ENFANT

DATE DE NAISSANCE **01/02/1949** AGE **70 ans**

INP ANAM:

Planning des séances joint à la demande de prise en charge en date du **01/11/2019** pour 3 séance par semaine pendant 1 mois.

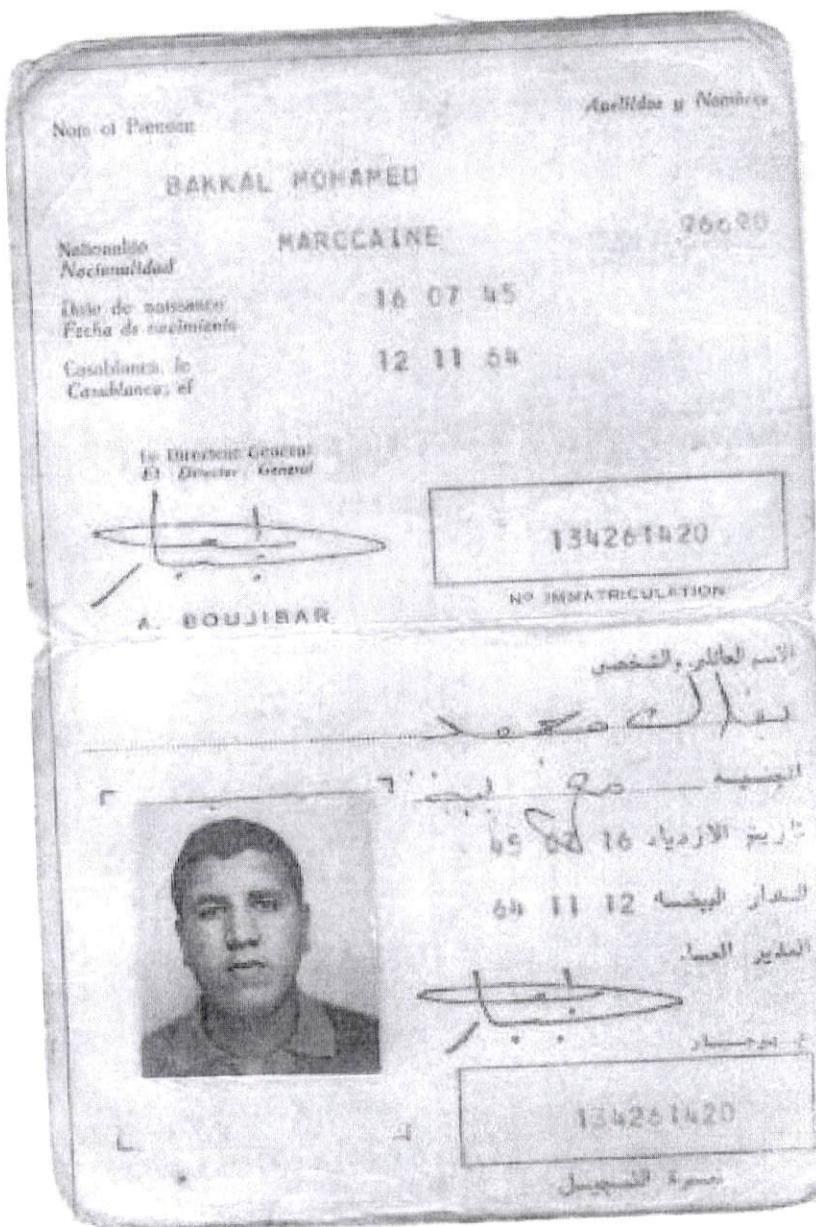
Mois	Jours de dialyse	Dates prévisionnelles des séances					Nombre
Novembre	Mardi		05	12	19	26	13
	Jeudi		07	14	21	28	
	Samedi	02	09	16	23	30	
Total des séances :							13

Cachet et Signature du Néphrologue

Centre Hemodialyse Privé IBN ROCHD
Docteur Mohamed AJOUBY
NÉPHROLOGUE
3, Rue Abou El Hassan Ben Ali - Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 0524.40.00 - Fax : 022.55.55.01



N°	B10000	رقم	Validité jusqu'au	17.09.2021	كتابه الى غالية
					عن أسماء من مساعدة و ملائكة قد تساعد
Fathia RHMED Ben M'HAMED et de FATIMA Ben M'HAMED					العنوان زعف 22 رقم 21 حي الهاداء ابها
Annexe RUE 22 N 21 HAY EL HANA CABA					
N° dossier	1208H/1961	رقم الملف المدرب	Série	F	العنوان



Dr. Mohamed AJOUBY

NEPHROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Rein

& Voies Urinaires

HEMODIALYSE

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور محمد عجوبي

اختصاصي في أمراض الكلى

الكلية الإصطناعية

خبير مكلف لدى المحاكم

Casablanca, le : **01/11/2019**

CERTIFICAT MEDICAL

DAVIS

Je soussigné Dr Mohammed AJOUBY, certifie que.

MANGUER ZAHRA CIN : B15050.

présente une insuffisance rénale chronique nécessitant sa prise en charge en hémodialyse périodique à raison de **trois fois par semaine**.

Certificat délivré à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Signé

*Centre Hémodialyse Privé IBN ROCHD
Docteur Mohamed AJOUBY
3, Rue Abou Baker Mohamed NEPHROLOGUE
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
022.26.20.50 - Fax : 0522.99.28.01 - 0522.99.28.01*

3, rue Abou Baker Mohamed Ibn Zouhair, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél.: 05 22 26 20 50 - Fax : 05 22 99 28 01 - Patente : 36315420 - CNSS : 6344874 - INP : 0900074 / 41015