



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 01/03/2020

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

01/03/2020

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.

Dr. Mohamed AJOUBY

NEPHROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Rein

& Voies Urinaires

HEMODIALYSE

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور محمد عجوبي

إختصاصي في أمراض الكلم

الكلية الإصطناعية

خبير محلـف لدى المحاكم

Casablanca, le : 01/03/2020

DEVIS

24108

Devis pour MANGUER ZAHRA pour séances d'hémodialyse

(Insuffisance rénale chronique terminale à prendre en charge pour le mois de Mars 2020 À raison de 3 fois par semaine)

Désignation	Nombre	P.U	Montant
Séances d'Hémodialyse	13	850,00 dh	11 050,00 dh

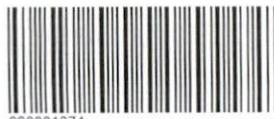
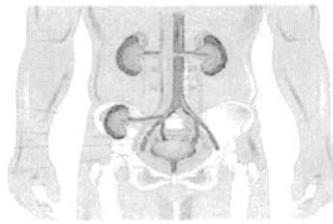
Arrêté le présent devis à la somme de :

ONZE MILLE CINQUANTE DIRHAMS



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



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 **71 ans**

INP ANAM:

Planning des séances joint à la demande de prise en charge en date du **01/03/2020** pour 3 séance par semaine pendant 1 mois.

Mois	Jours de dialyse	Dates prévisionnelles des séances					Nombre
Mars	Mardi	03	10	17	24	31	13
	Jeudi	05	12	19	26		
	Samedi	07	14	21	28		
Total des séances :							13

Cachet et Signature du Néphrologue

*Centre Hemodialyse Privé IBN ROCHD
Docteur Mohamed AJOUBY BY
3, Rue Abou Bakr Mohamed Ibn Zouhary
NEPHROLOGUE
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 022.26.20.50 - Fax : 022.99.28.01*

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

الملكية المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

CHAMEI

صورة

بيان

MAL

15.07.1945

مولد بتاريخ
عن الشهرين

B15004

M
B

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

ZAHRA

زهرة

معاكل

MANGIER

Né(e) le 01.01.1949

مرددة بتاريخ

بـ المعاريف الدار البيضاء، أنها

MAARIF CASABLANCA ANFA

Valable jusqu'au 17.03.2021

صالح إلى غاية

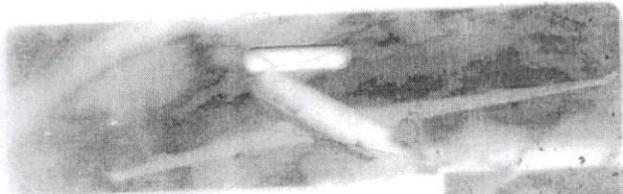
الدار العام للأسن الوطنية

الدار العام للأسن الوطنية

B15050 FR

الشريفي العيسى

الشريفي العيسى



CARTE DE RETRAITE

BAKKAL
MOHAMED

Matricule 00953



B15004 رقم 17.03.2021 مالحة إلى غاية
Validé jusqu'au 17.03.2021 مالحة إلى غاية

بن محمد بن الحسن
و فاطمة بنت عزيز

N° B15050 رقم 17.03.2021 مالحة إلى غاية

بن أحمد بن محمد
و فاطمة بنت محمد

Fille de AHMED ben MHAMED
et de FATMA bint MOHAMED

العنوان رقم 22 rue 21 HAY EL HANA

Adressé RUE 22 N 21 HAY EL HANA CASA

N° état civil 1208H/1961 رقم الحالة المدنية Sexe F الجنس

resida HAY EL HANA RUE 22 NO 21 CASA

stat civil 3785 S/1951 رقم الحالة المدنية Sexe M الجنس

