



Planning des séances d'hémodialyse

CIN N° :

B15050

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE:

MANGUER ZAHRA

NOM ET PRENOM BENEFICIAIRE:

MANGUER ZAHRA

BENEFICIAIRE:

ADHERENT

CONJOINT

ENFANT

091003996

69546

DATE DE NAISSANCE

01/02/1949

AGE 72 ans

INP ANAM:

Planning des séances joint à la demande de prise en charge en date du **01/05/2021** pour 3 séance par semaine pendant 1 mois.

Mois	Jours de dialyse	Dates prévisionnelles des séances					Nombre
Mai	Mardi		04	11	18	25	13
	Jeudi		06	13	20	27	
	Samedi	01	08	15	22	29	
Total des séances :							13

Cachet et Signature du Néphrologue



**CENTRE HEMODIALYSE
QUART HOPITAUX SARL AU
Dr. Mohammed AJOUBY - NEPHROLOGIST
3, Rue Abou Baker Ibnou Zahr, Etage 1
Casablanca - R.C 4516 13
T.P 36040309 - ICE. 002375779900019**

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

Pee Casablanca, le : **01/05/2021**

CERTIFICAT MEDICAL

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.



CENTRE HEMODIALYSE
QUART HOPITAUX SARL AU
Dr. Mohamed AJOUBY NEPHROLOGUE
3, Rue Abou Baker Ibnou Zahr, Etage 1
Casablanca - R.C. 451643
P. 36349309 - ICE. 002375770000019

Signé

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

Tél.: 05 22 26 20 50 - Fax : 05 22 27 87 89 - Patente: 36315420 - CNSS : 6344874 - INP : 0900074 / 41015



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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 01/05/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 00953 E-mail : Phones : 0522 39 65 70

Nom et Prénom de l'adhérent : MANGUER ZAHRA

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 Quart Des Hôpitaux S A R L

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

01/04/2021

CENTRE HEMODIALYSE
QUART HOPITAUX SARL AU
Dr. Mohamed AJOUBY - NEPHROLOGUE
3, Rue Abou Bakr Ibnou Zahr, Etage .
Casablanca - R.C 451043
T.P 36340309 - T.E. 02237577000001

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.

