

**Dr. Ahmed MOUADDIB**

Spécialiste en Hématologie Clinique  
Maladies du Sang, des ganglions et de la rate  
Greffe de moelle osseuse

**الدكتور أحمد مؤدب**

اختصاصي في الأمراض الدموية  
أمراض الدم، والخلل الطحال  
زرع النخاع العظمي

**INPE**  
**091113746**

Ex- responsable du service d'hématologie (Marrakech)  
Ex- Directeur - Adjoint du Centre de Transfusion (Casablanca)  
Ex- Médecin Attaché au service d'hématologie (CHU Casablanca)

رئيس قسم الأمراض الدموية سابقا بمراكش  
نائب مدير سابق بالمركز الجهوي لمحو الأمية بالدار البيضاء  
طبيب ملحق سابق بقسم الأمراض الدموية بالدار البيضاء

**143184**

Casablanca, Le 24/10/2022 الدار البيضاء في

pe *Aloua Jomail Hach*

1) ms - yellow Tumor  
2) Female  
3) Dodge B12 - B9 - Vit D  
4) 184 - T4 - T3  
5) Adrenal - Prol - Lact - HCL  
6) Trisomy  
7) As. myel  
8) Leukemia

**Dr. Ahmed MOUADDIB**  
Spécialiste en Hématologie Clinique  
Greffe de Moelle  
165, Bd Abdelmoumen - Casablanca  
Apprt N°1 - Casablanca

165, شارع عبد المومن صارة «أ» الطابق الثاني رقم 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 18 62 - الفاكس : 05 22 48 29 31  
165, Bd Abdelmoumen Résidence les champs Center Imm. «A» 2ème étage N°1 - Casablanca

Tél. : 05 22 27 18 62 Mail : [ahmed.mouaddib@casablanca.ma](mailto:ahmed.mouaddib@casablanca.ma)

Dr. Ahmed MOUADDIB

Spécialiste en Hématologie Clinique  
adhes du Sang, des ganglions et de la rate  
Greffe de moelle osseuse

responsable du service d'hématologie (Marrakech)  
Membre - Adjoint du Centre de Transfusion (Casablanca)  
clin Attaché au service d'hématologie (CHU Casablanca)

الدكتور أحمد مؤدب

التخصص في الأمراض الدموية  
أمراض الدم والغدد الطحال  
زرع نخاع العظمي

رئيس قسم الأمراض الدموية سابقاً بمراكش  
رئيس مديري سابق بالمركز الجهوي لنخاع الدم بالدار البيضاء  
طبيب ملحق سابق بقسم الأمراض الدموية بالدار البيضاء

INPE  
091113746

Casablanca, Le 26/09/2021 في الدار البيضاء

Report Médical

La Sœur Israel Hadda née  
le 20/04/1977 et sa sœur  
me excellente de sœur  
profonde en rapport avec  
ce sœur sœur

Dr. Ahmed MOUADDIB  
Spécialiste en Hématologie Clinique  
Greffe de Moelle  
165, Bd Abdelmoumen 2ème Etage  
Appartement 1 - Casablanca

**MUPRAS MUTUELLE DE  
PREVOYANCE ET D'ACTIONS  
SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC**

**FACTURE N° : 2211092019**

**INPE: 093061067 IF:14377655**

**Casablanca le 09-11-2022**

**Mme Houda ALAOUI**

**Date de l'examen : 09-11-2022**

**Analyses :**

**Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	- Acide Urique	B30	B
	Cholestérol	B30	B
	Ferritine	B230	B
	Cholestérol HDL	B80	B
	Réticulocytes	B30	B
	T3 Libre	B250	B
	T4 libre	B200	B
	Triglycérides	B60	B
	TSH Ultrasensible	B250	B
	Vitamine D – 25– hydroxy–vitamine D – D2 + D3 :	B450	B
	- NFS	B80	B
	Vitamine B12 – sérum	B340	B
	Sérologie Helicobacter pylori	B180	B
	Folates sériques (Vit B9)	B400	B

**Total des B : 2610**

**TOTAL DOSSIER : 2323.00 DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille trois cent vingt-trois dirhams**



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

# Déclaration de Maladie

M22- 0044586

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Ahmed MOUADDIB**  
Spécialiste en Hématologie Clinique  
Greffe de Moelle  
165, Bd Abdelmomen 2ème Etage  
Bordj - Algérie

Date de consultation : 26.09.2022

Nom et prénom du malade : ALLOU Ismael: BOUDOU

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : anémie feryprive

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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) : .....



Handwritten signature or mark on the left margin.