



42 756
42 ND

Déclaration de Maladie : N° P19-0010343

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00309 Société :

Actif



Pensionné(e)



Autre :

Jeune

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/06/2021

Nom et prénom du malade : AGUER SIFNE

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/06/21 | 2021 | 0 | 0 | 0 |

Le pr
Import
Veuillez
SOIN

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE AL MARRAH LOT 504 - BIRRAHMA 2 CASABLANCA Tel : 05 22 89 62 8 | 28/6/21 | 410,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,
du Nerf et du Muscle

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
- Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
- Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيبة اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
- مرض الزهير، مرض باركينسون، مرض التصلب المتعدد
- أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ: الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

28/06/2021
28/06/2021

Mr AOUER SMENE, OMAR

23%
1/ Standard 4000
1 cup x 48

PHARMACIE AL MARKAZIA
LOT 804 - BERRAHMA 2
CASA BLANCA 2
Tél. : 05.22.89.62.85

2/ Nectofatam 400
24 x 30

UN 08,00
500

STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



LES DOSES PRESCRIPTIONS

ordonnance.

NEOFORTAN® 40 mg

PPU 40DH00
EXP 04/2024
LOT 13026 1

valable 3 mois.

Le 28/05/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamations@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BEN HASSOUNE et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca