

Docteur Mouna MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne



Endocrinologie - Diabétologie
Rhumatologie - Maladies systémiques
Gériatrie
Chek-up médical

- . Ancien Médecin des Hôpitaux de Toulouse (France)
- . Ancien Médecin à l'hôpital Ibn Rochd (Casablanca)
- . Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
- . Membre de la Société Française de Médecine Interne

Emil 2006
الدكتورة منى منقور
إختصاصية في الطب الباطني

- علم الغدد - داء السكري
- أمراض الروماتيزم - الأمراض الجموعية
- أمراض الشيخوخة
- رصد صحي شامل
- . طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)
- . طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
- . عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني
- . عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Casablanca, Le :

01/07/21

mp 9616

77168

Mme EL ARQUIN Samia

NESPO, Feunteunio
AOR HSBK
Ateune, Aude Illiguo
PAB shewet, HIR UIR, TG
TSIB
ASIB BIST
AAN
VITD - Imgueme

119, Bd Abdelmoumen, 4^{ème} étage, Appt N° 27 - Casablanca شارع عبد المومن، الطابق 4، شقة 27 - الدار البيضاء

Tel. : 0522 27 95 24 / 06 08 47 82 05

Urgence : 0661 34 97 60 - E-mail : mounamenkor@hotmail.com

DR. Mouna Menkor
Spécialiste en Médecine Interne
119 Bd Abdelmoumen 4^{ème} étage, Appt N° 27 - Casablanca
Tél. : 0522 27 95 24 / 06 08 47 82 05

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**Déclaration de Maladie****N° P19- 052603**
☐ **Maladie**
☐ **Dentaire**
☐ **Optique**
☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9616 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KANAN SAID

Date de naissance :

Adresse : PH. NORAMAX BLOK N° 2A-1M.T
BARBOUSSE

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور منى منقور
Dr. Mouna MENQOR
Spécialiste en Médecine Interne
119 Bd. Abdelmoumen 4ème Etg. Apt. 27
Tél: 05 22 27 95 24 - Urgence: 05 51 54 7 59

Date de consultation : 05/04/2021

Nom et prénom du malade : EL ARQUAN Samir Age :

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

Nature de la maladie : polyarthrite rhumatoïde / Arthrose

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) :

VOLET ADHERENTDéclaration de maladie **N° P19-052603**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :