

# Docteur Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



الدكتورة منى منكور  
إختصاصية في الطب الباطني

EMIP 2016

- 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

علم الغدد - داء السكري  
أمراض الروماتيزم - الأمراض الجماعية  
أمراض الشيخوخة

رخص صحري شامل  
طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)  
طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)  
عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني  
عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Casablanca, Le : 01/07/21

MP 9616

٤٧٨٦٨

Mme EL ARQUA Samia

NCSpq Feutrielle

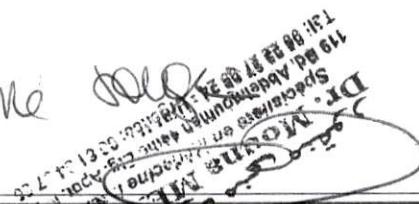
AN HSBC Aude mog  
Medaille Audi 1000  
Prestewell Hisc usc TG

TSLS

ASLT DLT

AAN

VTD - Immune



119, Bd Abdelmoumen, 4<sup>eme</sup> étage, Apt N° 27 - Casablanca 119

Tél. : 0522 27 95 24 / 06 08 47 82 05

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



**MUPRAS**

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

# Déclaration de Maladie

Nº P19- 052603

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 56.16 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KATHA SAID

Date de naissance :

Adresse : PHANORAMA BLOK N°21-IM.T

BARRNAUS ST

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/04/2021

Nom et prénom du malade : EL MERAOUY Samia Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie de l'adulte

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 : .....