



☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

102917

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

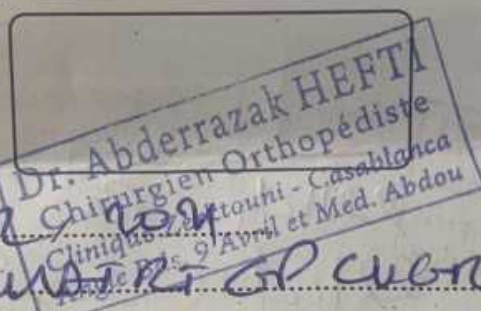
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/12/2024

Nom et prénom du malade : KHAIR EL CHOUKRI NAGMA

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

Nature de la maladie : GML FIT Lobulaire

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 ADHERENT

Declaration de maladie N° M21- 63487

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / / 20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1453

e-mail :

Phones :

66226264

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Dr. Abderrazak H. H. H.

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Gonarthrose du genou droit

Cachet, date et signature du praticien

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.



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

22/12/2021

Compte rendu radiographique

Mme KHAIRI EP CHERKAOUI NEZHA

Incidence:

- Genou droit de face+profil+axiales+schuss

Résultat :

Pmcément femur humér ulnè

Dr. Abderrazak HEFTI
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou

KOUNIMA MOHAMED
PROFESSEUR EN KINESITHERAPIE
DIPLOME DE L'UNIVERSITE DE BRUXELLES.

Casablanca le 4/1/22

DEVIS

NOM : M^{me} Khairi Ep cherkan Naylor

ASSURANCE : NUPRAS

AT DU :

10 AMK + 10 AMK/2 + IR = 1500 DH

Pharmacie : =

TOTAL : = 1500 DH

KOUNIMA MOHAMED
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Diplôme de Université de Bruxelles
5, Rue Georges Sand Maarif - Casablanca
Tél: 0522 982 582 - Gsm: 0661 181 978



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 22/12/12

Mr. Khami = 10 chekroun Negher

1. Oseus de predecotee du gene dhl
Oseus de 3/81

18/11/12
- 18/11/12 -
- 18/11/12 -

Dr. Abderrazak HEFTI
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou