



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

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Reeducation. Apres PTG

Le 13/3/2020

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 546

e-mail :

Phones :

0661 181712

Nom et Prénom de l'adhérent :

JAOLHER. Mohammed

Nom et Prénom du bénéficiaire :

JAOLHER. Mohammed

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné

Estime

Nécess

Un acte

**CLINIQUE**

**DU VAL D'ANFA**

108845



مصحة  
فال أنفا

Une ho

A (préc

Casablanca, le

24/3/2020

Renseig  
de la MI

conseil

M<sup>r</sup> JAOLHER. Mohammed

Cachet,

PTG gauche avec  
léger flexion

Décision

Pratiquer Rééducation

N.B. ce  
ouvrabl

de rééducation des  
genoux en décubitus  
ventral

Pr. Abdelkrim LARGAB  
Spécialiste en Traumatologie  
Orthopédie  
Bureau B.N°2

site





**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-623765

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

- 546 -

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

JAOUHER. Mohammed.

Date de naissance :

01/01/1945

Adresse :

18 Rue Bellouch. Hassan

OASIS -

CASA

Tél :

0661181712

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Pr. Abdelkrim LARGAB**  
Spécialiste en Traumatologie  
Orthopédie  
Bureau B N°258 Rue Mustapha El Maani  
Mers Sultan-Casablanca  
Tél: 0522 22 33 00 : 0522 22 33 01

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Gouttière fixée en place

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**

Déclaration de maladie

N° W21-623765