

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

120228

Le 20/06/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Code : 1679 e-mail : *Makkazenedaguel.com* Phones : 0667164605
et Prénom de l'adhérent : *AKKAZENE Tahar*
et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Signé : Dr Dazzar
e quel l'état de santé de Mlle, Mme M.
site : *Une cataracte sévère au Yag.*
e coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

spitalisation de (approximatif)
iser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

*André Clodo- Coline Thoit ox
Bois UBN*

et, date et signature du praticien

21/06/22

Dr Hanane MAZZOUZ
OPHTALMOLOGISTE
Bd Al Qods - Casablanca
Tel 0522 522 526

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

on :

Cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour possible. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AKKAZENE Mohamed

Date de naissance : 01.01.1954

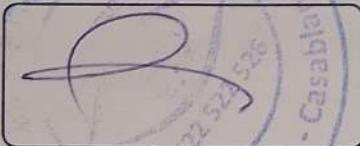
Adresse : lotissement Zabira Rue 8 n°1

ri chok casa

Tél. : 066 7164605 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/06/2012

Nom et prénom du malade : AKKAZENE Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Angiopathie

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Dhs

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21- 0037708

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 :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le plus rapidement possible. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.