

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

120228

Le 20 / 06 / 2022

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Catégorie : 1679 e-mail : Makbazene@gmail.com Phones : 0667164605  
Nom et Prénom de l'adhérent : MAKBAZENE Mohamed  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Prescrit par : Dr. Mazzou  
Description de l'état de santé de Mlle, Mme, M. ou M. :  
Intervention de la chirurgie de la cataracte au Yag.  
Préciser le coefficient :

Durée de l'hospitalisation de (approximatif) :  
Nom de l'établissement hospitalier :

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Angle Boi Uldo - Colme Othoix OR  
UBN

Date et signature du praticien

21 / 06 / 22

  
Dr. Hanane MAZZOUZ  
OPHTALMOLOGISTE  
Rd Al Qods - Casablanca  
Tél 0522 522 546

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037708

☐ 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

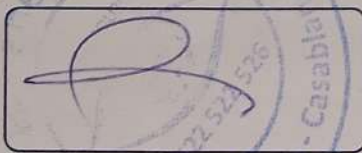
Adresse : lotissement Zahra Rue 8 n°1

À CHOK Casa

Tél : 0667164605 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/06/2022

Nom et prénom du malade : AKKAZENE Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Payer 2 p d

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.