



142353

أستاذ الدكتور عبد الواحد الرفاس
Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

23 NOV. 2022

Nom et Prénom : EL AOUAD Ghita

Diagnostic : Scoliose

Acte : Kinésithérapie.

Nombre de séances : 20

Signé : Pr. A. REFASS

Professeur A. REFASS
Chirurgie et Traumato
Orthopédie Pédiatriques
237, Boulevard Barkouni - Casablanca
Tél.: 05 22 94 20 00 - Fax 05 22 94 20 09
E-mail: a.refass@gmail.com

56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis- 5ème étage - Casablanca
Tél.: 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - E-mail : a.refass@gmail.com

50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca
Tél.: 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - Fax : 0522.235.028



أستاذ الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

23 NOV. 2022

Nom et Prénom : EL AOUAD Ghita

Diagnostic : Scoliose

Acte : Kinésithérapie.

Nombre de séances : 20

Signé : Pr. A. REFASS

Professeur A. REFASS

**Chirurgie et Traumato
Orthopédie Pédiatriques**

237, Boulevard Barkouni - Casablanca

Tél.: 05 22 94 20 00 - Fax 05 22 94 20 09

E-mail: a.refass@gmail.com

56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis- 5ème étage - Casablanca
Tél.: 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - E-mail : a.refass@gmail.com

50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca
Tél.: 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - Fax : 0522.235.028



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

Déclaration de Maladie

M22- 0041595

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

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 :

Professeur A. REPASS
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
PEDIATRIQUE

Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98

ICE: 001679391000063 - INPE: 091119495

Date de consultation : 23 NOV. 2022

Nom et prénom du malade : ELAHOUD G. L. H. T. A.

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Sédieuse

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 23 NOV. 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0041595

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).