



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

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

Réf. : PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>HA LOUA ABDEL MOUNTHAM</u>	
Matricule : <u>06938</u>	N° CIN : <u>B579157</u>
Adresse : <u>Lot. N°100000 Tammou</u> <u>N°8 Box 2 Casablanca</u>	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	

Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné(e) <u>Dr. KARAOUI Bouchra</u> <u>Gynécologue Obstétricienne</u> <u>22, Bd. Omar El Khayam</u> <u>Tél: 0522 36 69 00 - Fax: 0522 36 69 00</u>	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, M. : <u>BENAYNE</u> <u>NABRI</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
<u>Valée</u>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <u>Hép rétracté et rétracté de 10a..</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>Valée 50</u> <u>1hr</u> <u>5m</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : le / /	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div><u>Dr. KARAOUI Bouchra</u> <u>Gynécologue Obstétricienne</u> <u>22, Bd. Omar El Khayam</u> <u>Tél: 0522 36 69 00 - Fax: 0522 36 69 00</u></div> <div><u>Dr. KARAOUI Bouchra</u> <u>Gynécologue Obstétricienne</u> <u>22, Bd. Omar El Khayam</u> <u>Tél: 0522 36 69 00 - Fax: 0522 36 69 00</u></div>	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées