

|   |  |  |
|---|--|--|
|  <b>MUPRAS</b><br>Mutuelle de Prévoyance<br>& d'Actions Sociales<br>de Royal Air Maroc | <b>DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :</b><br><b>VALABLE UN AN</b> | <i>Code : PR2FR04</i><br><i>Version : 02</i><br><i>Date : 05/05/2023</i> |
|---|--|--|

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>  |  |  |
| Nom et prénom : <b>ABEROUCH Meryem</b><br>Matricule : <b>1345</b> N° CIN : <b>B.316 686</b><br>Adresse : <b>Rue 810 - N° 15 - ALNASSIRA - AGADIR</b>                          |  |  |
| Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant  |  |  |
| <b>Partie réservée au médecin traitant</b>  |  |  |
| Je soussigne : <b>AB. AY. MEROUCH Meryem</b> Spécialité :   |  |  |
| N° ICE : <b>05288283</b> N° INPE :  |  |  |
| Certifie que Mlle, Mme, M. :  |  |  |
| 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                |  |  |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :   |  |  |
| polyarthrite rhumatoïde à sd de l'ey et ssgz<br>Antécédent > 3yo      AN 3/110      Biopsie g. pulmonaire<br>Dont ci-joint ordonnance : <u>M. Abdellah SSA</u> Scolodentigout |  |  |
| Traitement prescrit :   |  |  |
| Acide L. Gy. ± NIKS   |  |  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables  |  |  |
| Fait à : <b>Agadir</b> le <b>05/05/2023</b>   |  |  |
| Cachet et signature du médecin traitant :   |  |  |
|    |  |  |

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