

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **ABEROUCH Meryem**
Matricule : **1345** N° CIN : **B.316 886**
Adresse : **Rue 810 - N° 15 - ALPASSIRA - AGADIR**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

polyarthrite rhumatoïde à SD de Geyers
Arth Cg > 3/4 AN @ 1/100 Biopn G. ch. 100
ni adnace SSA @ Siolobenti g. 200

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Aspe 200g. ± AUKS

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Agadir** le **27/10/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. Maryam EL AADMI
N° 282 2ème Etage - AGADIR
Tel. : 05 28 82 85 75

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