



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

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

MLÉ 1127



Réf. : PR03\_004

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : DRIFI FATHIMA

Matricule : 1127 N° CIN : B364548

Adresse :

502 Mez Golenia 0 C 0 A  
Dokt. Dr. Abdellah SEITI

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 :

C. is de la peau + HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : Opératoire - lésions sp. - lesions 10  
Cassisipex Alpro 3 st 100x

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit   |  |
|---|--|
| Nom et prénom :   | DRIFI Fatima.  |
| Matricule :   | 1427   |
| N° CIN :  | B364548  |
| Adresse :   | 509, Rue Goulimine cas 9   |
| Bénéficiaire de soins :   | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant         |
| DR. FERRAJRA II Partie réservée au médecin traitant   |  |
| Je soussigne :  | Endocrinologue Diabétologue<br>Dr. FERRAJRA II<br>Résidence MIPRAK 1er étage N°3 - Casablanca<br>Tél. : 05 22 26 52 11 |
| Spécialité :  |  |
| N° ICE :  |  |
| N° INPE :   | 091018382  |
| Certifie que Mlle, Mme, M. :  |  |
| Nécessitant un traitement d'une durée :   | <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : |  |
| diabète + asphyxie réelle.  |  |
| Dont ci-joint ordonnance :  |  |
| Traitements prescrits :   | insuline   |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables  |  |
| Fait à :  | le 9/5/22  |
| Cachet et signature du médecin traitant :   |  |
|                            |  |
|                           |  |

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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