



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

CAHLOU RACHID

Matricule :

2296

N° CIN :

B 97080

Adresse : LOT LA COLLINE II N°10 CALIFORNIE CASA

 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 :

Staucone

chronic

OD h

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Agpt Colle

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 20/06/2012

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