

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : Adardour Elham

Matricule : 40672

N° CIN : A604142

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. Bennani Naima

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Bennani Walid

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 :

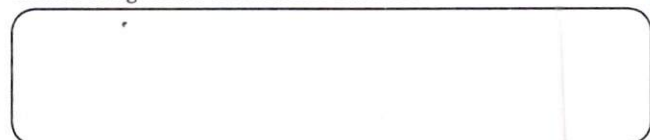
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Rabat 9 le 15/08/2022

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 garantit la confidentialité des informations communiquées