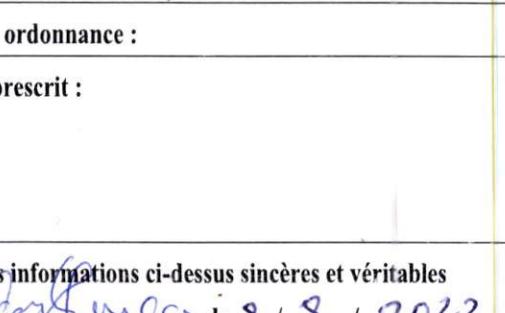


inv. 285

## **DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS**

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BEN AMAR ABDELMANID.
Matricule :	285
N° CIN :	B27478
Adresse :	10L, Rue 36 Nadghera HAY ELHANA . CASABLANCA .
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
<b>Dr. EL MAKHLOUF</b> Partie réservée au médecin traitant Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med. Abdouh - Casa Tél. 05 22 70 91 65	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	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 type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :  H - T An Dyg de	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Casablanca le 8 / 8 / 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 garantie la confidentialité des informations communiquées**