

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MORJANE CHAIBIA
Matricule :	5785
N° CIN :	
Adresse :	25 Rue Allal Ben Ahmed Am Kik n°3 Etage A Belvedere Casablanca
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
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 checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<p>Vo. r a n o l y x</p> <p>Dr. ASMOUN Ahmed</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
<p>Traitement prescrit :</p> <p>Saleo 3m</p> <p>en/auyl de</p>	
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p> <p>Fait à : le 12/7 SEPT 2022</p> <p>Cachet et signature du médecin traitant :</p> <p>Dr. ASMOUN Ahmed</p> <p>Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif, Assistant Titulaire d'Endocrinologie et Diabète</p> <p>Place : ... 8, Bd. ...</p> <p>Khoulil ... Derb Omar</p> <p>Casablanca ... 2.51.58.50/45</p>	



*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