

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 : 28 Rue Allal Ben Ahmed Fm Kik n°3 Etage A Belvédère Casablanca	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : N° ICE : V011013169	Spécialité : N° INPE : 091013169
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 : <i>V011013169</i> <i>Dr. ASMOUN Ahmed</i>	
Dont ci-joint ordonnance : Traitements prescrit : <i>Salves 2ml 1moi</i> <i>ut au 1/10/2022</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : le 12/09/2022	
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