

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

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **TAZOUT LHOSSINE**

Matricule : **0536**

N° CIN : **B 117106**

Adresse : **HAY ANARA I Rue 21 N° 8 CASA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

N° ICE :

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 :

Dont ci-joint ordonnance : ☒

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. EL JAMALI
Spécialiste en
Médecine du Travail
Diabétologie
Nutrition
Tél: 05 22 82 18 99
313, Bd. El Fida - Casablanca



* 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