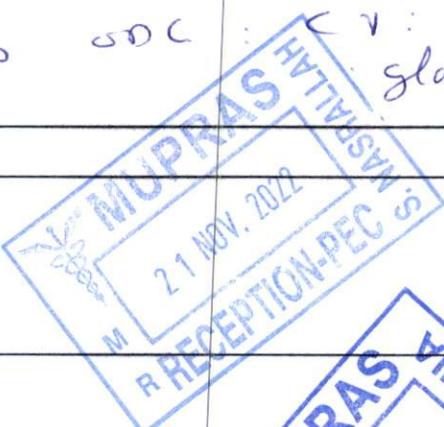
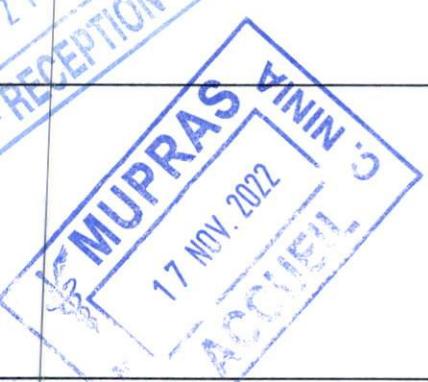


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MOTTO Nohammed
Matricule :	3651
N° CIN :	C 153 773
Adresse :	HAY SALAM Ann Imam Boukhari Rsg 6 N° 6 7010
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. CHAMMOUT Fatima Zohra OPHTAMOLOGISTE Av.Hassan II Rés Manté Carlo
N° ICE :	002333594000088
N° INPE :	161241578
Certifie que Mlle, Mme, M. : MOTTO Nohammed	
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 :	
<ul style="list-style-type: none"> - HTG - Excavation 71.0 50C <p style="text-align: right;">CV : atterrante glacondeuse.</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	Drotnav.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Tétouan le 01/11/2022.	
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