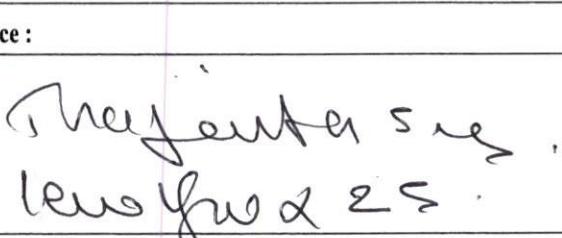
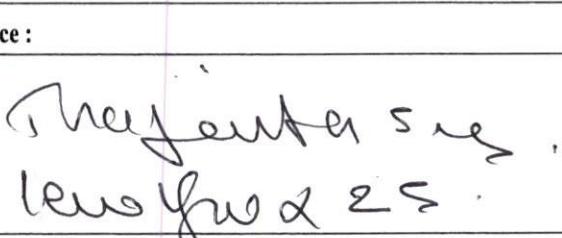


**DECLARATION DE MALARIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS**

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	KOUTANI MOHAMED
Matricule :	1864
N° CIN :	B79683
Adresse :	CITE HASSANI RJA 528 - N° 947 CASA
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 : 00168-77169558085	N° INPE : INP : 091019786
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input checked="" 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 :	
Mâsque + Dyslipidémie	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrit :	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca	le 03/11/2022
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**