

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	EL ANSARI Abdelhak
Matricule :	01524
N° CIN :	H107090
Adresse :	92, Rue d'AVESNES - RES. BORT MALAKIA, APP. 4 - Etage 4 - QUARTIER BELVEDERE - CASABLANCA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	EL ANSARI Abdelhak
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" 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 : DND	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Shulge 500	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CA le 20/12/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	

\* 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