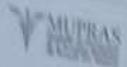


MLE-1022



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALIDITE 6 MOIS

Nom : FAZEROUZ
Prénom : SI
Date : 01/01/2022

Nom et prénom : <i>MRAOUI - Rokha Spouse ABAO</i>		Partie réservée à l'adhérent (ou son agent droit)	
Matricule : <i>122</i>	N° CIN : <i>12</i>		
Adresse : <i>Levadoux El Khouani 244 104 007 026 Hay ELALAK</i>			
Bénéficiaire de soins :	Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Mme ABAO Boukhail	
Partie réservée au médecin traitant			
Je soussigne :	Spécialité :		
N° ICE :	N° INFE :		
Confirme que Mme, Mme, M. :			
Nécessite un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> À vie			
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>Dépassement entre serrure</i> <i>Prurit</i>			
Donn ci-joint ordonnance :			
Traitement prescrit : <i>CALVUS MET - NEBIL ET SONG - ALJACTONE CARDIO ASPIRINE - LAZILIX</i>			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables			
Fait à : <i>Casablanca</i> le <i>12/12/2022</i>			
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 garde la confidentialité des informations communiquées.