

## 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 :	22, Rue d'AVESNES - Résidence BOU MALAKIA - Etage 4 APP. 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 :	<i>[Signature]</i> Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 081140483
Certifie que Mlle, Mme, M. :	El Ansari Abdellah
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 :	
Ben de	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	ulibro    pro ton    Zimyl
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 09/03/20
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 garantit la confidentialité des informations communiquées