

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **Benjelboun Zahra**

Matricule : **07943**

N° CIN : **B396321**

Adresse : **113 Rue El Mourar Casablanca Mazkif**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : **M.G.**

N° ICE :

N° INPE : **091077734**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Dolo 880
Prigen 50**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le /

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. HORMAT Nouredine
Médecin Agréé Permis Conduire
51, Rue Brou Nafis Maarif - Casablanca
Tél. : 06 22 25 81 62

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

