

**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 :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *Dentiste*

N° ICE :

N° INPE : *031199377*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Adm. Smys

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 :

Di. - Sclé de type II

Hépatite : M, 7 %

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

In Sulin ne penel

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le *18/3/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

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