

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom : MHAMDI MUSTAPHA

Matricule : 1409 **N° CIN :** B 48133

Adresse : 5, Rue Kadi IASS Apt n° 6 CASA JAARIF

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne : *Dr H. M. A. - Médecine Générale* **Spécialité :**
N° ICE : 05 22 23 54 41 - 06 66 69 69 15 **N° INPE :** 09 10 35 68 36

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 :
M.T.A. denture amovible - OMIS.
Dont ci-joint ordonnance :
Traitement prescrit :
enjoint l'indonée.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : *casablanca* le *09 AVR 2024*
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 garantie la confidentialité des informations communiquées

18 AVR. 2024