

**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 : **ZOUINKA Bouchaib**
Matricule : **1935** N° CIN : **T3641**
Adresse : **N° 222 Lot RIAD ESSALAM Bd RIAD Mohammed**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :
N° ICE : N° INPE :
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 :

Résumé de l'anamnèse

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **voir ordonnance**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Mohammed** le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. EL KANBOUSI Ahmed
Chirurgien Urologue
Bd. Abderrahmane Serghini
Imm. Bourqane - Appt 7
Mohammedia - Tél : 023 30 55 00



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