



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

/2022

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

Nom et prénom : ASSOUDI KI MOHAMED

Matricule : 0002020 N° CIN : B400252

Adresse : AP 03 IMM 47 LPT ASSABAH ESSAOUIRA ELJADIDA ESSAOUIRA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *ALC sis Moira 18 52* Spécialité :

Nº ICE : 00136335200033 Nº INPE : 091032524

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 :

act + clomps visually

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : TRAVANTAN CIL (ODU)
Acyclavini

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : ENSCINIR le 25/04/2024

Cachet et signature du médecin traitant :

Nadia ALQ
Jalmolor:is 16
Jawahar:is 16
Assouira
-05 24 78 52 5

*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