

2458

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Médecine Générale, gynécologie
N° ICE :	N° INPE : 061011672
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>KHEZZAR N2j2</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
<p>Ut zut der belqun 2 me'</p> <p>Ut ent lyger l'ent 2 me'</p>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>Gluconase 500 / 2x5 1x 29</b> <b>Auglor 5mg 1x 1</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <b>Berechid</b> le <b>13/7/2022</b> Cachet et signature du médecin traitant : <b>Dr. Bouzachane</b>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Médecine Générale</b>  <b>20, Boulevard Hassan II - Berechid</b>  <b>Tél.: 05 22 32 53 53</b> </div>	



\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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