



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :	HABAB EL HASSAN		
Matricule :	1905	N° CIN :	B 500653
Adresse :	53 3mm C Hay BADAÏ Z A MOUNAÏCH MARRAKCH		

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mme, Mme, M. : EL Hasson Hobeb	
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

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Spasmylopathie phare Husticopée
 Insuffisance pulv

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :	Humiro/40 - 1 Injektion pro creme 100g per 100g
-------------------------	--

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Marrakech le 21/7/22

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