

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 : EL OUJANI MOHAMED

Matricule : 02459

N° CIN : B65054

Adresse : N°77 LOT. HAMZA SIDI MAAROUF CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

Endocrinologie

N° ICE : 001714969000048

N° INPE : 091046169

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

ASD

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa

le

18/10/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]



* 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