

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom : <i>Joti ASSIA</i>		
Matricule : <i>862</i>		N° CIN :
Adresse : <i>Hay El Hana Rue 27 n°8 Casablanca</i>		
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne : <i>Dr. Khaid LAMNIA</i> <small>L-ERMATO-VENEREOPROLOGUE Angle Bd Sidi Aissa-rahma et Bd Abdellahi Boutaleb Casa Tel: 0522 90 04 17</small>		Spécialité :
N° ICE :		N° INPE : <i>N° INPE : 091180570</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :		
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie		
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>Oy domino Traitement anticyanose oral</i>		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitements prescrit : <i>Vue ordonnance</i>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : le / /		
Cachet et signature du médecin traitant : <i>Dr. Khaid LAMNIA</i> <small>L-ERMATO-VENEREOPROLOGUE Angle Bd Sidi Aissa-rahma et Bd Abdellahi Boutaleb Casa Tel: 0522 90 04 17</small>		

*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