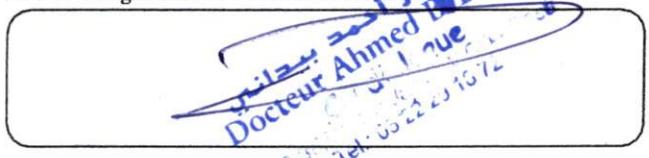


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	M. TAHAA-BOUAMPI ABDELRÉM
Matricule :	2058
N° CIN :	B 389345
Adresse :	ROUTE 3009 - KM 15 - BP 105 - BOUSKOURA - Casab
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
ICE:001921713000019	INPE:091033498
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie
<i>Guér.</i>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<i>THA.</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitemen prescrit :	<i>Malaxeur, T/10</i>
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 03/01/23
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