



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	ABOUDOU RACHID
Matricule :	5323 N° CIN :
Adresse :	
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 :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input 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 :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Coveran 10/5mg 1-0-0 Crestat 5mg 0-0-1 Zylone 2mg 0-0-1	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CASA	le 02/08/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
 	

PHARMACIE MARINA  
SOFIA KOUHEN  
St. Luc Ibnou Jannet (Ex-Taravo)  
Deurgogue Casablanca  
Tél : 94.24.39

\*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