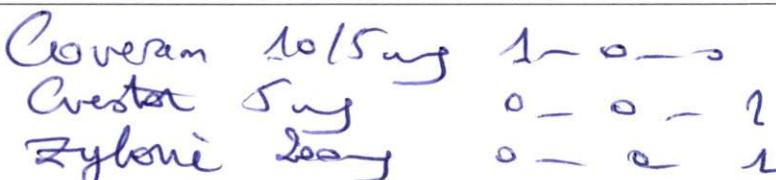
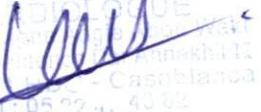


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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 :	 <div style="position: absolute; right: 0; top: 0;">  </div>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables			
Fait à : CASA	le 01/08/2022		
Cachet et signature du médecin traitant :			
 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">         Dr. Ben Abdellah - M.D. - F.R.C.P. (Londres)          Professeur de Médecine à l'Université Hassan II          Appt. N° 102, Casablanca          Tél : 05 22 44 45 03       </div>			

\*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