

**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 : **JABRI FATIMA ZAHRA**

Matricule : **11959**

N° CIN : **BE 723318**

Adresse : **38, Rue Madrid, Angle 144 Bd Victor Hugo, CASA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

**Dr. Benmami** Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

**JABRI FATIMA ZAHRA**

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 :

**Myopathie chronique**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Ce 10/10/15**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

**12/11/2021**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Benmami**  
ENDOCRINOLOGIE - DIABETE - NUTRITION  
443 Bd Mohammed VI - Casablanca  
Tél : 05 22 40 33 24  
INP-091024489

**ACCUEIL**  
01 FEV. 2023  
NINA SY

\* 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