

2088

0522250088

Réf. : PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Zenassi Mohammed
Matricule :	2088
N° CIN :	
Adresse :	193 Bd Ghandi CASABLANCA
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 : INPE: 091176602
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 :	
- Syndrome Sementrel	
Dont ci-joint ordonnance :	2669,00
Traitement prescrit :	Dopezil 10 (Dopezil Rambaxy) ES Ciplex 10.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa le 12/10/22
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 garantit la confidentialité des informations communiquées