

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

### Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :	REGRAoui RABEHI		
Matricule :	5009	N° CIN :	CL32516
Adresse :	101128 APT 5 WAFA 3 OULFA 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 : INP : 091013417		
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

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :
Traitements prescrits :

- Levthynaz. - Polymen 2mg. - TATORA.  
 - Spidol. - L ANINS.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 29/05/2013

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