



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : REGRAoui RABEID	
Matricule : 5009	N° CIN : 0132516
Adresse : 17128 APT 5 WAF 3 OULFA CASABLANCE.	
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 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 : - Levofloxacin 500 - Polymyxin 2mg - TAFIRAL - Apixine - L AMINS	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Cas le 22/05/23	
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