



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom :

FADIL MOHAMED

Matricule :

07739

N° CIN :

B529569

Adresse :

Habituelle

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

001692047000082

N° INPE :

091038638

Certifie que Mlle, Mme, M. ~~MR~~

FADIL MOHAMED

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 :

H.T.O

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

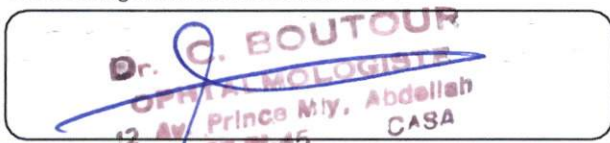
XALA COM



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 24/07/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées