

**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 : BNY AMAL

Matricule : 8052

N° CIN : BE 62157

Adresse : GROUPE P RUE 74 N° 23 OULFA

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

AGGT, Acutimibenchidris type 12 sub
douteux f-broscu = fibroscu = elastohel
24/11/15 F8 11

Dont ci-joint ordonnance :

ordonnance

Traitement prescrit :

unolva 200
2cp - 2cp - 1cp.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 30/8/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur AKKAL Noura
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
710, Bd. Oued Sebou 2ème Etage N°3
El Oulfa - Casablanca

Docteur AKKAL Noura
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
710, Bd. Oued Sebou 2ème Etage N°3
El Oulfa - Casablanca

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

