

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	AKKAZENE MOHAMED
Matricule :	1679 N° CIN : B69260
Adresse :	lotissement Zahra Rue 8 n°1 AN CHOK - CAS
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 : INPE091166421
Certifie que Mlle, Mme, M. :	AKKAZENE MOHAMED
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<p><i>g. Amour</i></p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
<p>Traitement prescrit : CPSP1</p> <p>Alphagan</p>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 14 FEV 2022	
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