

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BELGHITI ALAOUI Abdelaziz
Matricule :	1977 N° CIN : B185773
Adresse :	95, Bd oued oum Rabi H/Hassani oulfa CASABLANCA
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 091237732
Certifie que Mlle, Mme, M. :	SERRAT KIOA D. OUA
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input 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 :	
tremblement essentiel + tremblement parkinsonien	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : - A Macrogel 405 A - O - A - MYSOLINE 250 A / 2 A kor - Citala K 405 A 2 A	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	02/02/2022 - Moulouk 280v 4/29 x 35
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

