

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	JORISAN ABDELALI
Matricule :	8369
N° CIN :	7 87052
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. EL MAKHLOUF Ali
Spécialité :	Professeur Agrégé Cardiologie
N° ICE :	5, Rue Med. Abdouh - Casa
N° INPE :	091057851
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
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
Traitement de longue durée	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : AMEP	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa le 31-01-2022
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