

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BOUDOU FAROUK
Matricule :	1654 N° CIN : B 410 173
Adresse :	8 impasse TAHA HOUSSINE GAUTHIER CASABLANCA
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 :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	BOUDOU FAROUK
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 : Bronchite chronique irréversible. Spasme : obstruction irréversible	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	Spinal 1 gel matin 2 fois
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Casablanca le 21 / 2 / 22	
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