

1608244

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

<b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>	
Nom et prénom :	Beut alib Abdou wahab
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
<b>Partie réservée au médecin traitant</b>	
Je soussigne :	Spécialité : Neurologue
N° ICE : 00184546666061	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : M. Beut alib Abdou wahab	
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 :  Atteinte de 3ème type ganglionaire diffuse.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :  - néo du ab - urémophylax	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Agadir le 14/04/2022	
Cachet et signature du médecin traitant :  	



Dr. MIDAFI NATAFA  
Médecin Spécialiste en Neurologie  
Tél: 0522 86 80 04 - GSM: 06 61 71 09 33



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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