

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

BAHRA Afi

Matricule :

4673

N° CIN :

B16548

Adresse :

BP 4002 Desb Sufrant epfda derb Sidna casablanca

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle/Mme/M.

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

prostate chronique

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

CONTIFLO 0,4 mg
URISPAS

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

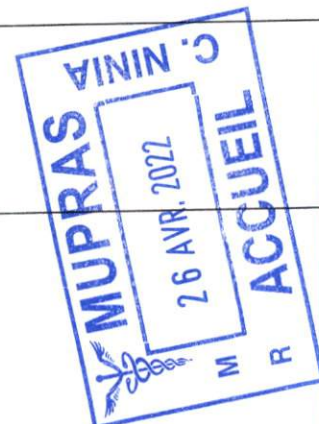
Fait à :

955

le

26/04/2022

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