

3566



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *mon RAMI* *jeu* *TAUZI*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Ambo *7* *cas* *Ambo* *100*

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



Dont ci-joint ordonnance :

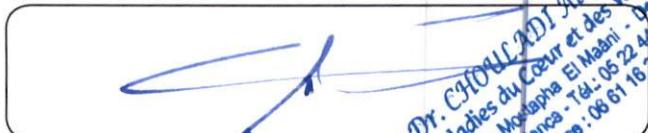
Traitement prescrit :

Ambo *7* *cas* *Ambo* *100*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à *cabl* le *20.05.2022*

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 garantie la confidentialité des informations communiquées