

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 : <input 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. : MONKAM' JUS JALAL	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie Amhro 9 Cas. Ag. 100	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Amhro 9 Cr 1 Ag. 120	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca	le : 20 / 05 / 2022
Cachet et signature du médecin traitant : Dr. CHOUACI Abdelhak Maladies du Cœur et des Vaisseaux 50, Rue Mostapha El Maani - Derb Omar Casablanca - Tél : 05 22 44 35 39 Urgence : 06 61 16 22 29	



*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