

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	SIMOU YASSINE
Matricule :	4130 N° CIN : K 8976
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 : 091210344
Certifie que Mlle, Mme, M. : SIMOU YASSINE	
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 : hypertension artérielle diabétique	
Dont ci-joint ordonnance : x	
Traitement prescrit : - Altiagen 60g 1 gel x 2g - Cardiospirine 100g 1 gél	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 07/22	
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