



Réf. : PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

RATIRAM CHAFAI

Matricule :

1196

N° CIN : B 116 475

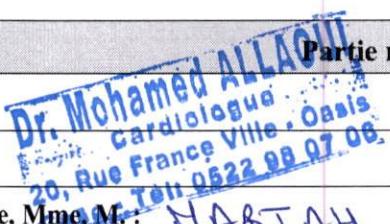
Adresse :

Sidi MAARouf ESSAOUAI N° 225 casab 02

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :


 Dr. Mohamed ALLAOUI
 Cardiologue
 20, Rue France Ville - Oasis
 Casab - Tel: 0522 98 07 06

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 091008781

Certifie que Mlle, Mme, M. : HARTAH Sandie

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Co

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

Colique rétention urinaire droite corrélate et vésical
 Colique rétention des siphons corrélatifs
 Sténose serré au niveau des siphons corrélatifs gant.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Cephalexin 500. Colistar 100. Vaser 35. Flonidril 200
 Efdex 20. Jumofen - Vikaneril f - Ad-Nal 20.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casab le 10/08/2022

Cachet et signature du médecin traitant :


 Dr. Mohamed ALLAOUI
 Cardiologue
 20, Rue France Ville - Oasis
 Casab - Tel: 0522 98 07 06



*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