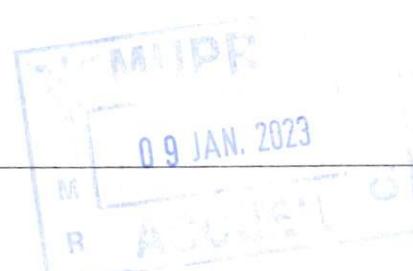




20/11/2022

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : LAYACHE LAHRACH Fahha	
Matricule :	1084
N° CIN :	
Adresse : 2, rue Ain Asserdoune, CIL-Casablanca	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr Saïd GOUJI
	Spécialité : Neurologue
N° ICE :	
N° INPE : 091069666	
Certifie que Mme, M. : LAYACHE LAHRACH	
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	
HTA	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits :	Placau S
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 18/11/2022	
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