

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	KOUTANI MOHAMED
Matricule :	1864
N° CIN :	
Adresse :	CITE HASSANI Raga 528 - n° 947 casab
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
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 :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ HTA résistante</li> <li>○ Diabète</li> <li>- Insomnie.</li> </ul>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Motilane 1/320. 1pds/jo.</li> <li>◦ Nembut 4</li> <li>◦ Lexilux 1/2</li> </ul>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 06/03/2023	
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