


Michael
Dobry 147886

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|---|---|
| Nom et prénom : | — M ^{lle} ROKHSSA YOUSSEF |
| Matricule : | 05543 N° CIN : E153063 |
| Adresse : | 6 Rue Beyroute lot EL DRAKIA Berrechid 26100 — |
| Bénéficiaire de soins : | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : | Spécialité : CARDIOLOGIE |
| N° ICE : | N° INPE : 091008331 |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : | |
| Nécessitant un traitement d'une durée : | <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" 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 : | |
| Poly Arthralgie | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : Cephalex — LD NOR ou plavix 75 + Cardaspirine | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | |
| Fait à : | Casablanca le 01/09/2023 |
| 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 garantit la confidentialité des informations communiquées