

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	KOURTE KHADIJA
Matricule :	10094
N° CIN :	
Adresse :	Lot 151 4 ^{ème} étage EL WAHDA II D'El Anass
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Je soussigne :	Partie réservée au médecin traitant Dr. MAJID EL ALAMI 31, Bd. Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76
N° ICE :	N° INPE : 091046552
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 :	
<p>- DNI D depuis plus de 10 ans + Dyslipidémie - Aeuve femme pure Tm de 4 mois</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
<p>Traitement prescrit :</p> <p>Arbamege 800 Nupris Noul 20g Neph Cardioegrine Nupris Tendyferou Day Nupris Tm de 4 mois</p>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 17/02/2023
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