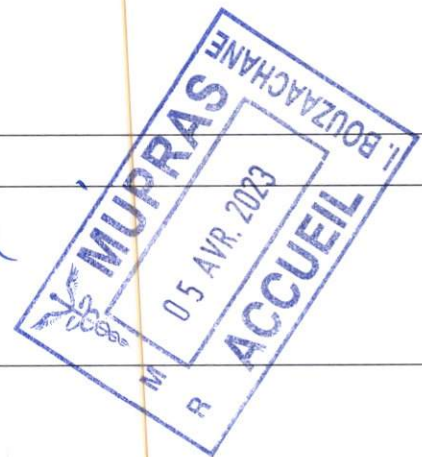


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Nom JABRI RACHIDA
Matricule :	4358 N° CIN : B 8831
Adresse :	2, AV HASSAN SUKTIAMI - CASAB
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Mir Hassan Spécialité : Cardis
N° ICE :	01168172000 N° INPE : 091M3209
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Jabri Rachida
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 :	
HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : cf ordonnance	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa le 07/03/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <p>Dr. Hassane Mir Cardiologue Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayane Tél : 06.22.22.81.54 / 06.22.22.81.55 Fax : 06.22.22.81.56 / 06.22.22.81.57</p>	



* 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