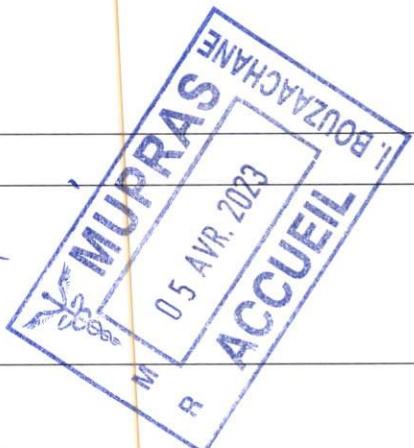
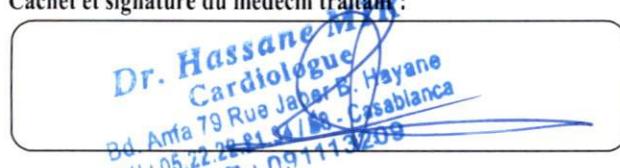


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	<i>Nou JASRI Rachida</i>
Matricule :	<i>4358</i>
N° CIN :	<i>B 8831</i>
Adresse :	<i>2, AV HASSAN SULTANI - CASA</i>
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	<i>Mil Hassane</i>
Spécialité :	<i>cardio</i>
N° ICE :	<i>011681720002</i>
N° INPE :	<i>091113209</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>Jabri Rachida</i>
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 :	
<i>HTA</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	<i>of olorunle</i>
	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	<i>casab</i> le <i>27/03/2023</i>
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