

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : MHAMADI MUSTAPHA	
Matricule : 1409	N° CIN : B48133
Adresse : 5, Rue KADI IASS Apt. N°6 MAARIF CASABLANCA	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 09/02659A
Certifie que Mlle, Mme, M. : M. Mustapha	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" 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 :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : traitement pour l'hyperlipidémie statins trinitrine cardesca	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 18/05/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>	

* 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