

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

BOUKHARTTA Fatima SEPANE HOUTI

Matricule :

996

N° CIN :

Adresse :

16, Rue de Tanger (79) Casa

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

00168415200041

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

914 29601

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☒ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA

Dont ci-joint ordonnance :


Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le / /

Cachet et signature du médecin traitant :


Rés. Jazsem Hov
(Rue de la Liberté 175, Rue Boukhartta, 1er Etage)
Casablanca, Maroc. 0522 22 78 15

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

(false copy)