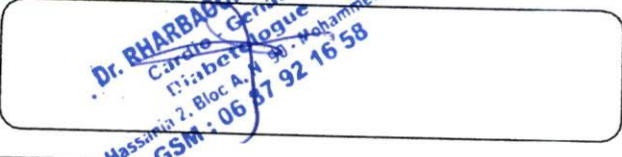



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>ZEGGANI Mohamed</b>	
Matricule : <b>00450</b>	N° CIN :
Adresse : <b>119 HAY Alwaha El Alia 20830 Mohammedia</b>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <b>Dr. Franck ZEGGANI</b> Spécialité : <b>Cardiologue</b>	
N° ICE :	N° INPE : <b>061303866</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. <b>ZEGGANI Mohamed</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <b>Dyspnée Tachycardie Palpitation</b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>Digoxine 0,85mg Amlodipine 10/10 Carotid-appeine 100mg Doliprène 50mg</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>Mohammedia</b> le <b>24/04/2024</b>	
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

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	ZECCANI Mohamed,
Matricule :	00450
N° CIN :	F7422
Adresse :	119 HAY AL Wahda. El alia 20830 Mohammedia
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr LOUBANE EL MOSTATA
N° ICE :	N° INPE :
Spécialité :	MEDECIN
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
TROUBLE VENTILATOIRE CHRONIQUE	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : SPIRIVIT	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Mohamedia 03/04/2024
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