

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :	<i>ZEGGANI Mohamed.</i>		
Matricule :	00450	N° CIN :	
Adresse :	<i>119 HAY Alwahda El Alia los 30 Mohammed</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>Dr. Joubier</i>	Spécialité :	<i>Croli</i>
N° ICE :	<i>06130386</i>		
Certifie que Mlle, Mme, Mr			
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 :

- Dyspnée
- Tachycardie
- Palpitation

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

- Digoxine 0.85mg Croli aspirine 100mg
- DR hémor 10/10 Dolsite 50mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Mohammed* le *24/04/2024*

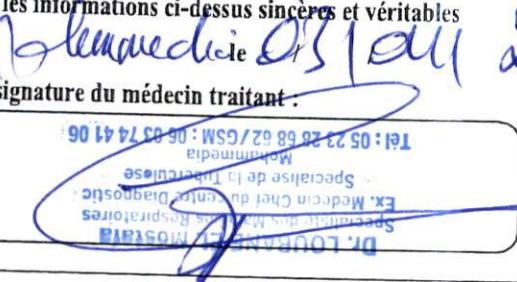
Cachet et signature du médecin traitant :



* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie 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 :	ZEGGANI Mohamed.
Matricule :	00450
N° CIN :	F7432
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 LOUBIANE EL MOSTAFA
Spécialité :	Spécialiste de la Thérapie Respiratoire
N° ICE :	0374106
N° INPE :	
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
X	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Trouble ventilatoire Respiratif	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	SPIRUVIT
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Abdellah 031 du 2024
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DR. LOUBIANE EL MOSTAFA Spécialiste de la Thérapie Respiratoire Ex. Médecin Chef du Centre Diagnostique Tél: 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Siteweb : www.mupras.com - email : pec@mupras.com </div> <div style="position: absolute; left: 450px; top: 700px; transform: rotate(-15deg);">  <p>MUPRAS 08 AVR. 2024 BOUZAACHANE</p> </div>	

*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