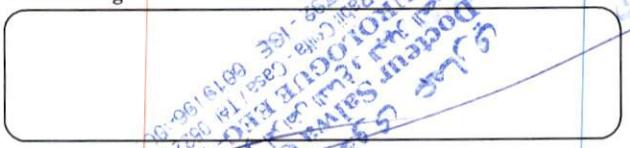


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : BELGHITI ALAOUI Abdelaziz	
Matricule :	N° CIN : B185773
Adresse : 95, Bd Sued Oum Rabii H/Habani ouffa CASABLANCA	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 0913772
Certifie que Mlle, Mme, M. : SERRAJ KHALED	
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>tremblement essentiel +</i> <i>tremblement par kinesi</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>- Amlodipine 40 mg - 0 - 0 - 0</i> <i>- Myosoline 250 mg x 24 k or</i> <i>- Citalopram 100 mg - 1 - 0 - 0</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 01/02/2022
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