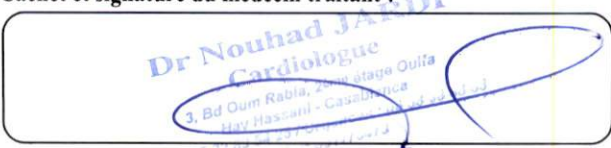
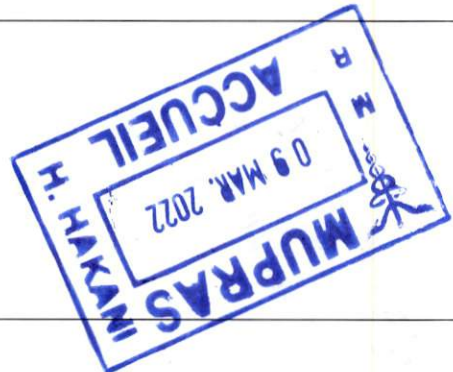


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	SADDIKI <i>Johannal</i>
Matricule :	1560 N° CIN : B185120
Adresse :	10 Rue N°12 GR 11 EL OULFIH
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 :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>Saddiki Johannal</i>
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>HTA, coronarion (28 tests actifs; 2017 et 2018) Dyslipidémie</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Kordelic 160 (1) ; Fospatrax 5/125 (1) Gordoliel 25 (1) ; Torva 200 (1) Amp 5 (1) ; Zylinc 200 (1)</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	<i>CASA</i> le <i>28/03/22</i>
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  </div> <div>  </div> </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