

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
<b>Nom et prénom :</b> <i>EL MECHRAFI Youssef Souhail</i>	
<b>Matricule :</b> <i>05676</i>	<b>N° CIN :</b> <i>A 21434</i>
<b>Adresse :</b> <i>21, AVENUE MOUD VI LOT JILALI SORVISSI 121300</i>	
<b>Bénéficiaire de soins :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
<b>Partie réservée au médecin traitant</b>	
<b>Je soussigne :</b> <i>Dr EL MAJHAD Amine</i> <small>أمين ماجد</small> <small>أخصائي أمراض القلب والشرايين</small> <i>Cardiologue</i> <small>心脏病专家</small> <small>INPE : 101168169</small>	<b>Spécialité :</b> <i>Cardiologue</i> <small>心脏病专家</small> <small>INPE : 101168169</small>
<b>N° ICE :</b> <i>101168169</i>	
<b>N° INPE :</b> <i>101168169</i>	
<b>Certifie que Mlle, Mme, M. :</b> <i>EL MECHRAFI youssef Souhail</i>	
<b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b> <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b> <i>HIA charge</i>	
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b>	
<b>Traitement prescrit :</b> <i>Coversyl 10 - 8</i>	
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b> <i>Fait à : 10/03/2022</i>	
<b>Cachet et signature du médecin traitant :</b>	
	

\*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