


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|---|---------------------------------|
| Nom et prénom : EL MECHRAFI Youssef Souhail | |
| Matricule : 05676 | N° CIN : A 21434 |
| Adresse : 21 AVE MOH VI LOT JILALI SOUSSI RABAT | |
| Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : Dr EL MAJHAD Amine <i>اختصاصي أمراض القلب و الشرايين</i> Cardiologue INPE : 101168169 | Spécialité : Cardiologue |
| N° ICE : | N° INPE : 101168169 |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : EL MECHRAFI Youssef Souhail | |
| 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 : HTA chronique | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : Coversyl 10-8 | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | |
| Fait à : Rabat le 12/12/2021 | |
| Cachet et signature du médecin traitant :  Dr EL MAJHAD Amine <i>اختصاصي أمراض القلب و الشرايين</i> Cardiologue INPE : 101168169 | |

* 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