

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	AZENNOD MOHAMED	
Matricule :	3188	Nº CIN :
Adresse :	ZAHRET AMAL 2 n°23 App 2 - ZOUAGHA FES	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Dr. CHEMLAL RAKIA Spécialiste en Médecine et Sport	Spécialité :
Nº ICE :	Nº INPE : 141060251	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Ned AZENNOD	
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 :		
TA = 17/9		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit :	Pne 3 ar long à vie	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à :	Fes le 21/03/2022	
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