



Réf. : PR03_004



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | | |
|---|---|---|
| Nom et prénom : <u>BENABDALLAH JAMAL</u> Matricule : <u>5145</u> N° CIN : <u>B527806</u> Adresse : <u>225 Rue ABOU ZAID DADDUSI MAARIF CASA</u> | | |
| Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | |
| Partie réservée au médecin traitant | | |
| Je soussigne : | Dr. CHAHI Abdellghani Maladies du Coeur et des Vaisseaux Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1 ^{er} Etg. Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05 | Spécialité : N° INPE : <u>INPE 091017202</u> |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>BENABDALLAH JAMAL</u> 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 : <u>LATO</u> <u>AVZ</u> | | |
| Dont ci-joint ordonnance : | | |
| Traitement prescrit : <u>Talimox</u> <u>Carbonycline</u> <u>Mitandol</u> <u>Amox</u> | | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <u>MA</u> le / <u>05 MAI 2022</u> | | |
| Cachet et signature du médecin traitant : | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> الدكتور شاهي عبد الغاني أمراض القلب والشرايين Dr. CHAHI Abdellghani Maladies du Coeur et des Vaisseaux Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Etg. Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05 </div> | | |

*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