



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	BOUHAMDI Ahmed	
Matricule :	2512	N° CIN : B 183795
Adresse :		
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 : INPE:09115 1910	
Certifie que Mlle, Mme, M. : Bouhamdi Ahmed		
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
- cardiological ischaémie + HTA + diabète		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit :		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : Casablanca	le 28/05/2022	
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