

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <i>Namallah Badiana</i>	
Matricule : <i>1101</i>	N° CIN : <i>Bendiane</i>
Adresse : <i>impasse drouzeu 16 Polo</i>	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Dr. EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrège Cardiologie 5, Rue Med Abdouh - Casa Tél 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : <i>091057851</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
<i>Le longue durée et sans abeyth</i>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<i>H. TA + Dylguel</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>FAR DE-AL + HyTACARD + CRESTOR</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <i>Casablanca</i> le <i>07/06/22</i>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. EL MAKHLOUF Ali</b> Professeur Agrège Cardiologie 5, Rue Med Abdouh - Casa Tél 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89         </div>	

\*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