

3687

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MUSTAPHA MAKHLOUKI
Matricule :	3687
N° CIN :	B 90 376
Adresse :	21 rue Rebat Ben Ahmed Belvedere CASABLANCA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. FANIMOU A. Spécialité : 79
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	MAKHLOUKI Mustapha
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 :	
Diabète + dyslipidémie	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Insuline + statine	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CHN le 27 JUIN 2022
Cachet et signature du médecin traitant :	INPE: 091124685
 	

*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

056.16.9270



3687

23 OCT. 2007

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (*)
(A adresser à l'attention du Médecin Conseil, sous pli confidentiel)

JE SOUSSIGNE DOCTEUR :

Cherif Leila

CERTIFIE QUE MLLE, MME, MR :

NAUKHOUKI N. N. N.

PRESENTE :

H.T.A

extrasyndromique

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE.

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)

35,70

1) Nordege 160: 41

2) Resorcan 10: 81

3) ~~Odut 2~~ 41



27,50

63,20

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

Dr. Leila *[Signature]*
CARDIOLOGUE

(*) VALABLE 3 MOIS ET RENOUVELABLE 1 FOIS