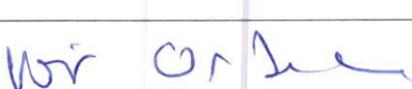
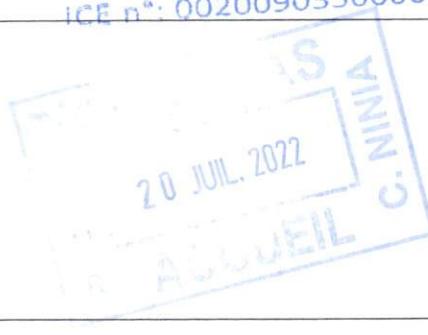


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	<i>EL ANSARI Abdekhak</i>	
Matricule :	<i>01524</i>	N° CIN : <i>H107090</i>
Adresse :	<i>22, Rue d'AVESNES, Résid. BORJ MALAKIA Appt 4- Etage 4 - BELVÉDÈRE - CASABLANCA</i>	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	<b>Dr. Abdesslam SEBTI</b> <b>CARDIOLOGUE</b> Spécialité :	
N° ICE :	<i>33, Rue du Yamenlex Soldat Jouvençel</i> <i>Bd, 11 Janvier - CASABLANCA</i> N° INPE :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>Tél: 0522 44 75 81 - 0522 31 57 70</i> <i>EL ANSARI Abdekhak</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" 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 :		
<i>HTA + Diabète</i>		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitements prescrits :	<i>WTR OR Scl</i>	
		<b>PHARMACIE LA RESISTANCE</b> <b>CASABLANCA</b> <i>337, Bd Med V - Casablanca</i> <i>Tél: 0522 30 30 82</i> <i>ICE n°: 00200903300061</i>
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à :	<i>CM</i>	le <i>11/07/22</i>
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