

11^{le} 2848

Réf. : PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	FALLAH BRAHIM
Matricule :	N° CIN :
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:091206862
Certifie que Mlle, Mme, M. ^(M.R) FALLAH BRAHIM .	
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 :	
<ul style="list-style-type: none"> - Diabète type 2 . - HTA . - Hypertrophie bénigne de la prostate . 	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <ul style="list-style-type: none"> - AMAREL 03mg . - GLUCOPHAGE 1000mg - COVERAM 10/10mg - IPROS 10mg 	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le / 29 SEP 2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Docteur Youssef HANANE Omnipraticien - Echographiste - Urgentiste Dpt. Toulouzi Bd. 06 Novembre N°762 1er Etage Appt 1 - Casablanca Tél : 0522 37 46 08 / GSM:0661 10 55 40</p> </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