

MLE-1418

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

GHAMMARTE MOHAMMADI

Matricule :

1418

N° CIN :

B 26644

Adresse :

LOT GYNER Rue 5 N°5 OASIS CASABLANCA

Bénéficiaire de soins :

Adhérent

Conjoint

Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA + trouble du rythme

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

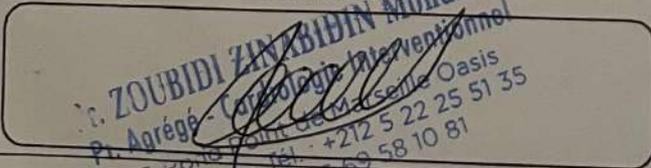
u med cel

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le / /

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 garantit la confidentialité des informations communiquées