

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <i>Jamal EL Arab Lahsen</i> Matricule : <i>4651</i> N° CIN : <i>B 379 105</i> Adresse : <i>56 Bd Abderrahim Bouabid Hayesscha</i>	
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 : <i>091245621</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>Jamel EL Arab Lahsen</i>	
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 : <i>cardiopathie ischémique et hypertension</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Bupréthénax, candentiel, TAHOR, cardioaspirine</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>casablanca</i> le <i>08/02/2023</i>	
Cachet et signature du médecin traitant : <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-left: 10px;"></div>	
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;">  </div>	

*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