

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>BAHRA ALI</b>	
Matricule : <b>4673</b>	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <b>Dr. Saad SOUTAMI</b> Professeur de Cardiologie 356, Rue Mostafa El Maani CASABLANCA	Spécialité :
N° ICE : <b>001755076000067</b>	N° INPE : <b>INP : 091130922</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>BAHRA ALI</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input 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 : <b>Prise en charge de la maladie / 16 mars Prise en charge de la maladie / 21 mars Prise en charge de la maladie / 1er avril</b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>Don Or Bonnam</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>Casa</b>	le <b>09/06/2023</b>
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