

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **MOUSTAHSINE AZZEDDINE**

Matricule : **9869**

N° CIN : **BK 10701**

Adresse : **DITE DE LA COMMUNE URBAINE GOUVERNEMENTALE N° 185 Hay Hassani Casablanca**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **D Said GOUU**

Spécialité :

PLG

N° ICE :

N° INPE :

091069666

Certifie que Mlle, Mme (M.) **MOUSTAHSINE AZZEDDINE**

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

**Diseuse
HIA**

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

**Maladie de crochue
et absence de la TA**

Dont ci-joint ordonnance :

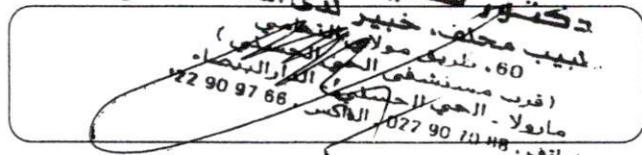
Traitements prescrits :

**Jazmud 1000
Anavell 3
Calecend 5**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca le 19/01/2013**

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