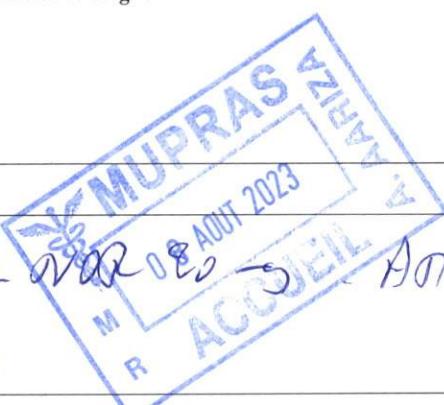


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit			
Nom et prénom :	<i>ROKHSSA YOUSSEF</i>		
Matricule :	<i>05543</i>	N° CIN :	<i>E153063</i>
Adresse :	<i>6 Rue Beyrouth lot El Idrakia Bazine Chid.</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 : <i>CARDIOLOGIE</i>		
N° ICE :	N° INPE : <i>09100872</i>		
Certifie que Mlle, Mme, M. :			
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 : <i>Poly artériel</i>			
Dont ci-joint ordonnance :			
Traitement prescrit : <i>Copaxin 100 mg - CD MAR 08 AUG 2023</i> <i>DONOGESTYL 20 mg</i>			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>Casa</i> le <i>26/07/2023</i>			
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