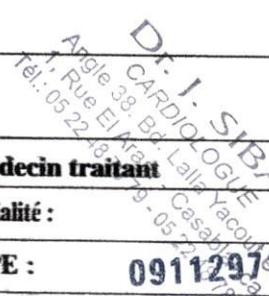


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| | |
|--|--|
| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
| Nom et prénom : RAOUZ AHMÉ D | |
| Matricule : | 3081 |
| N° CIN : | 545466 |
| Adresse : | |
| Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : | Dr. J. SIBAI |
| N° ICE : | CARDIOLOGUE Angle 38. Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Araar - Casablanca Tél.: 05 22 48 78 90 |
| Certifie que Mlle. Mme. M. : | RAOUZ née QUARIS Rachida |
| 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 : | |
| HTA charge sévère | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | |
| Fait à : | Le / / |
| Cachet et signature du médecin traitant : | |
| Dr. J. SIBAI CARDIOLOGUE Angle 38. Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Araar - Casablanca Tél.: 05 22 48 78 90 | |
|  | |
|  | |

“Cette déclaration est renouvelable une fois.”

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUFRAS garantit la confidentialité des renseignements personnels collectés.