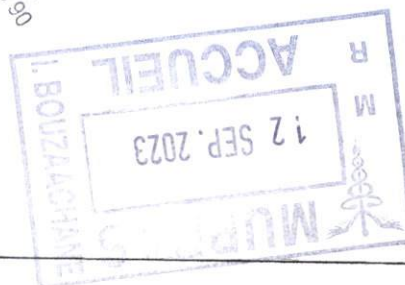


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	RAOUE AHMED
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. SIBAÏ
N° ICE :	CARDIOLOGUE
N° INPE :	091129748
Certifie que Mlle, Mme, M. : RAOUE AHMED est souffrant de	
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 chronique	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Adarman	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div>Dr. J. SIBAÏ</div> <div>CARDIOLOGUE</div> <div>Angle 38. Bd. Lalla Yacout et</div> <div>1, Rue El Araar - Casablanca</div> <div>Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90</div>	



* 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.