

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **BEN ABDALLAH JAMAL**
Matricule : **5145** N° CIN : **B527806**
Adresse : **4312 LOT ELOUAGA DEROUA BERRECHID**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR HORMAT** Spécialité : **N.C.**
N° ICE : N° INPE : **INPE:091075739**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **BEN ABDALLAH Jamal**
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

AVC depuis 2014

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Ricordus 40
Tahor 10
Cachet

DR HORMAT Noured
Médecine Générale
51, Rue du 11 Novembre 1957 - Casablanca
Tél : 05 22 25 41 82

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Cas

le

Cachet et signature du médecin traitant

DR HORMAT Noured
Médecine Générale
51, Rue du 11 Novembre 1957 - Casablanca
Tél : 05 22 25 41 82

10 JAN 2024



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées