

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : *BelaBBes Khalif.*

Matricule : *1490*

N° CIN : *B 49958*

Adresse : *635 Rue Goumima Alit 9 RASA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : *091191502*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

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

HTA.



Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Sulindrol 60/1% Cough Syr

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *le 01/01/29*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. M. BOUZOUBAA
CARDIOLOGUE
13, Bd Ali Taoujoute (en face Clinique Badia
Bab Ilies, N° 100 Bourroche - Casablanca)*

*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