

**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 :

HABAB EL HASSAN

Matricule :

1901

N° CIN :

B500653

Adresse :

491 HAM AL MASSARA RTE GAFI TARRAJEN

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HABAB EL HASSAN

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 :

SPA, Goutte au pied, Hémochromatose, Hémochromatose, Insuffisance rénale

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

HUMIRA/407 = une injection par semaine / tous les 21 jours  
+ 3 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Morocco

le :

05/05/23

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Abdoukarim SARIF  
Rhumatologue - Médecin du Sport  
Médical Manager - Orthopédiste  
C: 05 24 44 88 35 - INPE 05 24 44 88 35

30 JAN 2024  
ACCUEIL

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