

*M23  
007501*

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <i>LEGGANI Mohamed.</i>	
Matricule : <i>00450</i>	N° CIN : <i>F 7432</i>
Adresse : <i>119 HAY AL Wahda. El Alia - Mohammédia</i>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <i>Dr. Rharrach Jachane</i> Spécialité : <i>Cardiologue</i>	
N° ICE : <i>061303898</i>	N° INPE : <i>061303898</i>
Certifie que <i>Mlle, Mme, M.</i> : <i>Mlle, Mme, M.</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>- HTA - Varice - cephale - acouphes - Dyspnée - Asthme</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Couvast 5mg Cardio- 500mg Danzemid 500mg</i> <i>Debaser 20mg</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <i>Mohadia</i> le <i>16/01/2024</i>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>   <i>Dr. RHARRACH JACHANE</i>  <i>GSM : 06 87 92 16 58</i> </div> <div>  </div> </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