

**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 : *S. HIMI Nafiss*

Matricule : *1852*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Dr. SALMI Safaa
Médecin Généraliste

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

Généraliste

N° ICE :

Rés. Rachidi Appt. 12 - 2ème Etage
Bouskoura Centre - Tél.: 05 22 78 11 59

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

himani Noufisse

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 :

*Diabète type II
HTA
Cardiopathie*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Bouskoura* le *23/05/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. SALMI Safaa
Médecin Généraliste
Rés. Rachidi Appt. 12 - 2ème Etage
Bouskoura Centre - Tél.: 05 22 78 11 59


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

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 :	Mme Himmi No fissa
Matricule :	5832 15 AVR. 2024 N° CIN : BE 40 87 78
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr BOUTAYEB TAOUCI Spécialité : Cardi
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Himmi No fissa
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 :	
HTA - ANCOR Diabète	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : - Di Iovoc 25mg - Dipepse 1000 - Aspirine 75mg, Nat spray 3y	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 07/3/2024	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

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

INPE 09 10 17 294