

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :	MARNASSI Ahmed		
Matricule :	00447	N° CIN :	B119354
Adresse : Resid. AL Wiam Imm 1d N° 7 OULFA. Casab.			
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE : 002 Docteur R. LAMRANI Oncologue	OPTOMÉTROLOGISTE
N° INPE : 091091520	
Certifie que Mlle, Mme, M. : MARASSI AHMED	
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 :

Hyper tension artérielle 26/26.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :	Coapt calypso 240 mg en 24h Assurée à un moment.
-----------------------	---

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 21/03/2022

Cachet et signature du médecin traitant :



\*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