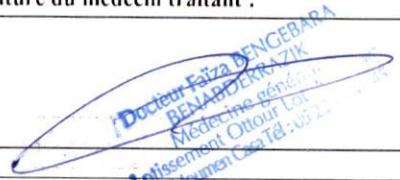



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : KABILY SADIA	
Matricule : 00406	N° CIN :
Adresse : CASABLANCA	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : 00 202 142 8000 46	Spécialité : Neurologie
N° ICE : 00 202 142 8000 46	N° INPE : 091 022 079
Certifie que Mlle, M., M. : Kabilly Sadia	
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 / diabète sucré	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : - Inovel 150 / Sicaflon - Candensiel 2,5	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casa le 16/03/2022	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">  </div> <div style="margin-left: 20px;">  </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