

5565

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Saher Nade
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Je soussigne :	Docteur BENNANI Mohamed Cardiologue Interventionnel 40, Rue des Hôpitaux, 1 ^{er} Etage Tél: 0522 49 14 14
N° ICE :	Docteur BENNANI Mohamed Cardiologue Interventionnel 40, Rue des Hôpitaux, 1 ^{er} Etage Tél: 0522 49 14 14
N° INPE : INP: 091165035	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
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 :	
HTN, stres	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Saher 5780 Aloclazine drage par M. Nade	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 12 AVR. 2022	
Cachet et signature du médecin traitant :	
 Docteur BENNANI Mohamed Cardiologue Interventionnel 40, Rue des Hôpitaux, 1 ^{er} Etage Tél: 0522 49 14 14	
 	

*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