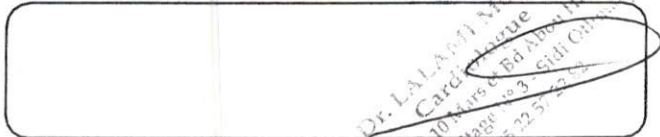


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>Jamal El Arab Lahsen</u>	
Matricule : <u>4851</u>	N° CIN : <u>B 379 105</u>
Adresse : <u>56 Bd Abderrahim Bouabid Hayezouha</u>	
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 :	N° INPE : <u>0912 45621</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Jamal El Arab Lahsen</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <u>cardiopathie ischémique et</u> <u>hypertensive</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>11,10 x 2 Bupropion</u> <u>cardotel</u> <u>TAHOR</u> <u>103,00 x 2 = 206,00</u> <u>222,20</u> <u>cardiopur</u> <u>50,70 x 2 = 101,40</u> <u>27,70 x 2 = 55,40</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <u>Casablanca</u> le <u>08/02/2023</u>	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées