

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *MR. ZEGGANI Mohamed*
 Matricule : *00450* N° CIN : *F7432*
 Adresse : *119 Hay Al Wahda - El Alia 20830 Mohammedia Maroc*
 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :
 N° ICE : N° INPE :
 Certifie que Mlle, Mme, M. : *ELKHAOUDI Rahma CIN F7433*
 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 :

Hypertension artérielle → fibrillation auriculaire (FA).

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Voir ordonance.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Mohammedia le 22/3/2024*

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