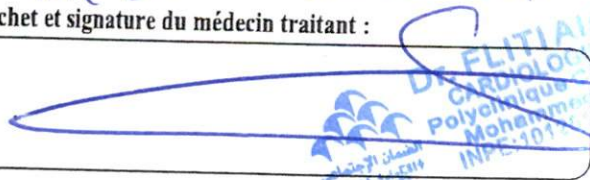



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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 :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :	<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 :	
Hypertension artérielle & Fibrillation auriculaire (FA).	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Voir ordonnance.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Mohammadia 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 garantit la confidentialité des informations communiquées