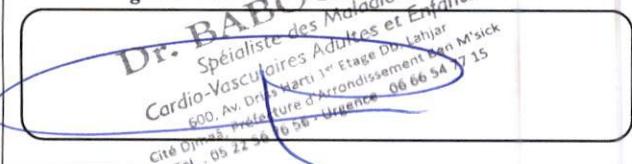


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
<b>Nom et prénom :</b> SABRI Mohamed <b>Matricule :</b> 6371 <b>N° CIN :</b> W 64916 <b>Adresse :</b>  <b>Bénéficiaire de soins :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant		
<b>Je soussigne :</b> DR BABOU <b>Spécialité :</b> cardiologue <b>N° ICE :</b> <b>N° INPE :</b> 091184630 <b>Certifie que Mlle, Mme, M. :</b> SABRI Mohamed <b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b> <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie		
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b> ARCI + répétitif -		
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b> <b>Traitement prescrit :</b> - COVERAM 575 - famiplex 10 - - co-plavix - TATOR 40		
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b> <b>Fait à :</b> Cas le 09/06/2022		
<b>Cachet et signature du médecin traitant :</b>  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">21 JUIL. 2022</div>		

\*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

