

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

AKKAD Jamile

Matricule :

9623

N° CIN :

B 58 23 903

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

☒

Adhérent

☐

Conjoint

☐

Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

HTA + Diabète

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Vit D3 + Vit K1 (selon ordonnance)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa

le

4

/

5

/

21

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél.: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

* 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