

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : BELBEIDA MOHAMMED

Matricule : 01697

N° CIN : B277302

Adresse : DERB ELHANA RUE 17 N 24 CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : 001697716000085

N° INPE :

INP : 091019786

Certifie que Mlle, Mme, M. : YU BELBEIDA

Mohammed

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 :

Muscle

- HTA

Typhoïdisme

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : - Toujours SOLOSTAR 300/5 - JANUVET 50/1000 1cp/midi
et 1cp/soir - Amarel 4mg/5matin, Levothyrox 150 U/5a jeun
Irbesan (Irbesartan) 300mg/1x le matin

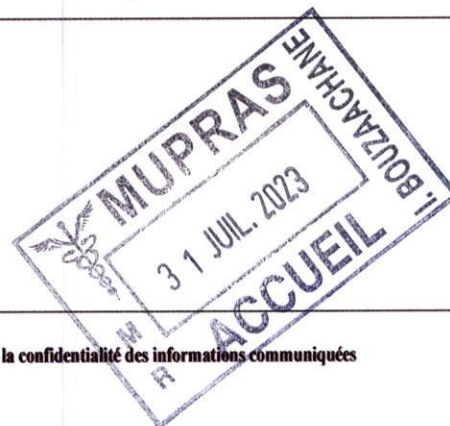
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca

le 05/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :





En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées