

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **CHAUIKI HABT OUM**

Matricule : **675**

N° CIN :

Adresse : **App 9, Imm 37, Résidence Safaa 6, Layyda, Salé**

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

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Cardiopathie hypertension / Diabète gal

Dont ci-joint ordonnance :

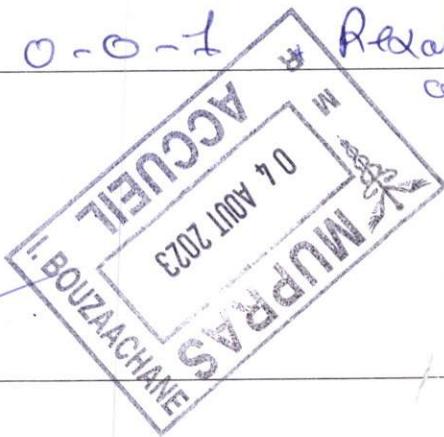
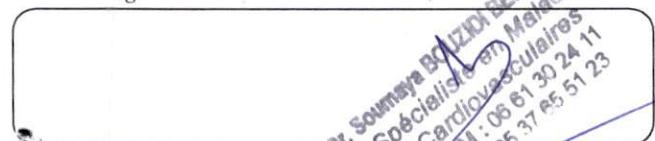
Traitements prescrits :

Perovas 500 mg 1/2-0-0 LD NA 100g 0-0-0
Coxytel 500mg 0-0-1 Rezaban 20 1/2-0-0
en darlate 100g

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **17/07/23** le / /

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