

**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 :

KOUTANI MOHAMED

Matricule :

1864

N° CIN :

B-79683

Adresse :

CITE HASSANI Raya 528 - No 947 CAS

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. :

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 :

Diabète + Hypertension

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

+ Glucophage 10mg
+ Metformine 40mg

Levoflox 25 1/2

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa

le 28 / 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