

**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 :

RIZAL MOUH

Matricule :

10236

N° CIN :

Adresse :

SA/ma 2 km 4 km 10 N° 2 CATA

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Docteur Ahmed LIYRI
Médecine Générale
Avenue EL Joulane B Im. 33
Appt. 3 Salma Casablanca

Spécialité :

médecine générale

N° ICE :

001982 129000036

N° INPE :

091044263

Certifie que Mlle, Mme, M. :

RIZAL MOUH présente une HTA

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 :

TA = 13/8

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

gabapentine 1500 - doxycycline 100
up, 206 moie up, 25 f

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 06 SEPT 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Ahmed LIYRI
Médecine Générale
Avenue EL Joulane B Im. 33
Appt. 3 Salma Casablanca



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