

**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 : **BARKAK MUSTAPHA**
Matricule : **918** N° CIN : **B131124**
Adresse : **Salmia 2 Rue 2 imm 23 app 2 CASABLANCA**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dre José LeRoux Stewart** Spécialité : **embryologie**
N° ICE : **#C701158310** N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Mustapha Barkak**
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie
Hypercholestérolémie et Diabète de type 2 et HTA


Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : **HbA_{1c} 6.8%**
- TA 133/66
- ApoB 1.04

Dont ci-joint ordonnance : **cf liste ci-jointe**
Traitement prescrit : **" "**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Montréal** le **11/04/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



Clinique médicale Angus

2601 William-Tremblay, bureau 200
Montréal (QC) H1Y 0E2
Tél. : (514) 807-2333 / Fax : (514) 596-1821

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