



**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 : **ZIKRI AZIZA.**

Matricule : **1215** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Professeur CHRAIBI Said** Spécialité :

N° ICE : **Abdelmoumen et Anoual Etg 5 Casa** N° INPE :

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 :

HTA . Service

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Codroxel .



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Cas** le / / **14 SEP. 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



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