

par louini



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04
Version : 01
Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : SAIZI MINA Ep KTI RI
Matricule : 7008 N° CIN : AS42630
Adresse : RES RIM 5 APT 12 SAID HAJI SALE
Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : DOCTEUR JALAL KRIEM Spécialité :
N° ICE : N° INPE : 101086882
Certifie que Mlle, Mme, M. : SAIZI MINA Ep KTI RI
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 + diab

Dont ci-joint ordonnance :
Traitement prescrit : IRPHI 300 - Calcitriol 10 - Nylorid 200
Nedlip 2

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : TEMARA le 24/05/2023
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