

**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 :** LAHYANE EL HAJ

**Matricule :** 2924

**N° CIN :** B107788

**Adresse :** 03 lotissement amanç 4 les falaises sidi mamine Bd ouar Ba kenzaas Casab

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**
**Je soussigne :**
**Spécialité :**

UROLOGIE

**N° ICE :**
**N° INPE :**
**Certifie que Mlle, Mme, M. :**

LAHYANE EL HAJ.

**Nécessitant un traitement d'une durée :**  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

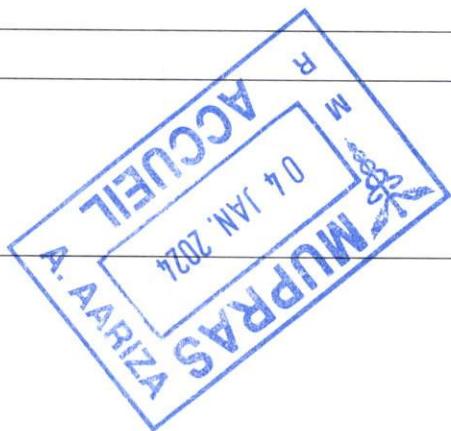
**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

 • Rénovascularo-angioplastie prosthétique  
 • sclerose et col Yenne

**Dont ci-joint ordonnance :**
**Traitements prescrits :**

• ANALOGUE L 44 - 24

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**
**Fait à :** casab **le** 28/12/23

**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