

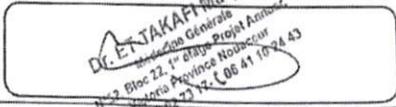


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code PR2FR04

Version 02

Date 09/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	EL HAMDOUNI 170 HAMMED
Matricule :	3336 N° CIN :
Adresse :	075 APP 1 HAY MASSIN CO 59
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné :	Dr. ENTAKAFI Spécialité : Gériatrie
N° ICE :	N° INPE : 09855497
Certifie que Mlle, Mme :	<input checked="" type="checkbox"/> M. Entakafi med. EL HAMDOUNI
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Hypertension artérielle.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Atacand 8 →	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Nouadhibout, le 08/05/2023.	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

En application de la loi 06/09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées