

**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 : **BENNANI NAÏMA**
Matricule : **1124** N° CIN : **A26091**
Adresse : **Route de Boukoura N°50 LA PALMERIE TANGER**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : Spécialité :
N° ICE : 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 - hypercholestérolémie
Fibrose hépatique paroxysmique**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Tamoxifen 14x2g**
Bisoprolol 5g 14x1
Kandegre 160 1g
crystal 5g 14x1
Nolvantan 300/12h

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :



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