

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

1527

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

Nom et prénom :

CHAKIB MUSTAPHA

Matricule :

01527

N° CIN :

B 189 071

Adresse :

RÉSIDENTIELLE ALFAJR IM. NARGISSE
N° 04 BOUS EL BERNOUSSE - CASA

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

DOCTEUR AZI

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

CHAKIB

Mustapha

091152397

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 :

HbA_{1c} - Bilan lipidique - Renal + Hypertension

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

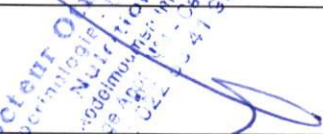
Amarel 3mg + GALVAS Net 50mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CASA 24/05/2022

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 garantit la confidentialité des informations communiquées