



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : *GOURY HASBAN*

Matricule : *6415* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Docteur Zineb S. BOUZAACHANE* Spécialité :

N° ICE : *10, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Dubail, Casa* N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *GOURY HASBAN*

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 :

*DIABETE
cholestérol*

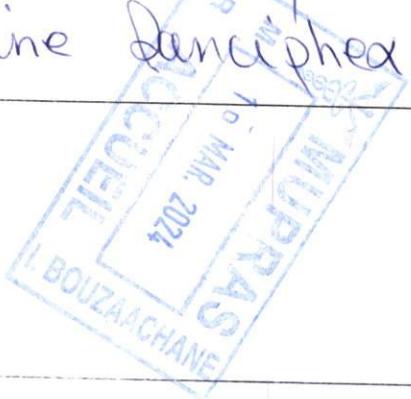
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Diametion 60, Galvus 500000
Resvud 10, Caudio Aspirine Dencophex 20*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Alfa* le *12/05/2024*

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