

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr LAABI

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 091166983

Certifie que Mlle, Mme, M. :

CATHOUI FAZI ABDELLAHANE.

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 hospitalisée depuis 30 ans.  
dyspnée.

Dont ci-joint ordonnance :

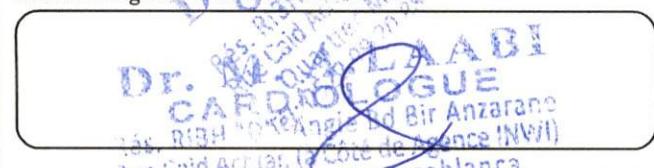
Traitement prescrit : Hypocard 16(2,5) Amilor 5 waldoxone 100

Actos 10 Zytloxic 200

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : USA le 15/09/2024

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 garantie la confidentialité des informations communiquées