



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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

par
Pcamor

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

Nom et prénom : **SAIZI MINA Ep KTIRI**
Matricule : **7008** N° CIN : **A542630**
Adresse : **5 RRS RIM N°12 QUARTIER SAID HAJI SALT**
Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DOCTEUR JALAL KRIEM**
CARDIOLOGUE
Spécialité : **4 Rue IRAN - TEMARA CENTRE**

N° ICE :

ICE : 011825190000041

N° INPE :



Certifie que Mlle, Mme, M. : **SAIZI MINA Ep 1421086882**

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 :

Sd métabolique.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Aropin 300 + Orvosc 10 + Goshko

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Temara** . le **15 FEV. 2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



Rue d'Iran - Hay Idriss - Temara - Centre
En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

