



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 :

OBEID

Mustapha

Matricule :

1677

N° CIN :

B57294

Adresse :

4, Rue El Ghadfa App 5 Maaref

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

Néphrologue

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

OBEID

Mustapha

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 :

I. Renal Chronique
⊕ Anémie normochrome normocytaire

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Decormon 500 mg

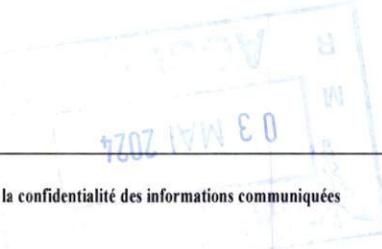
1x18 km

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca

le 05/05/2024

Cachet et signature du médecin traitant :



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