



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	SOUHAIL ABDELMAJID
Matricule :	5552 N° CIN : H64325
Adresse :	13 Immeuble A, Résidence NADIA, CABA
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE : 001547343000024	N° INPE : 095276175
Certifie que Mlle/Mme, M. :	Bilal Latife
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA actuellement équilibrée Dialyse type 2	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Ex fuge 1g/160mg (2cp) Cardiompr 150mg (2cp) Melilet 5g (1/2 cp)	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CASA le 02/2022
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