

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 :

FAKRI Said

Matricule :

10089

N° CIN :

T104601

Adresse :

Bernoussi 2 Rue 8 N° 112 S/B. Casablanca

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

OUFIE MAHICA.

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

À vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA. Ciphmliée, m'gnwi
TA = 16105.

Dont ci-joint ordonnance :

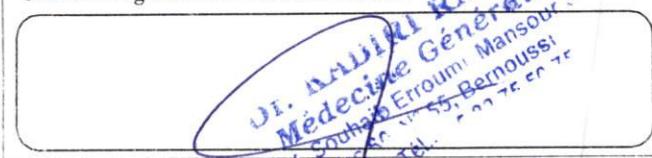
Traitement prescrit :

Atacand 8mg Npti à vie

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 03/11/2023.

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