

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE 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 :

T 104 601

Adresse :

Bernoussi 2 Rue 8 N° 112 S/D. 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 Malika.

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, Céphalée, m'grau
TA = 16/08.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Atorvastatine

Aspi

à vie

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 03/11/2023.

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. NAJIM RABHA
Médecine Générale
10, Soufian Enroum, Mansour
Boulevard 55, Bernoussi
Tél. : 7 27 75 50 75

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