

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	KOUTANI MOHAMED
Matricule :	1864
N° CIN :	B 79683
Adresse :	CITE HASSANI RAJA 528 - N. 94 CAS
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 :	N° INPE : INP : 091130922
Certifie que Mlle, Mme, M. :	KASSAB Fatma
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 :	
Hypertension Artérielle & Dyslipidémie	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : IRVEL 300 - Metoprolol 5 - Zolpidem 10 - Zyluc 300 - LONOR 20 - Dexam 20 - ALPRIZ 0,3	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Cas le 03/08/2022
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