

## 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 :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

*INP : 091130922*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*KASSAS Fatma*

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 :

*Hypertension artérielle & Dyslipidémie*

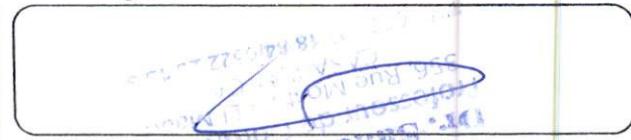
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *IP Vel 300 - Detrol 15 - Zantip 10 -  
Tytac 300 - LDNOR 20 - Dronat 20 - ALPR 20*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Le 05/08/2022*

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 garantie la confidentialité des informations communiquées