



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *ESSAKNI NAFYA*

Matricule : *9132*

N° CIN : *BH 105119*

Adresse : *la mairie*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *Neuro Généraliste*

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

*On j: 2123 g/l HbAC: 14,80%
TG: 1,65 g/l CT: 2,35.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Tenne met 1000 mg comprimé x2
diminutum 60 mg/jour x 10 jours*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASABLANCA le 16/05/2023*

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

