

**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 : *ELOUAFAOUI Aït*

Matricule : *02739*

N° CIN : *A207631*

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*DAHNAEHI Gehita*

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 :**

*Patient asthénique, hypertension.  
AIA bien équilibré sans lithèse.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *Lendoprin 10, Casquel 5/10 1*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *17/05/2023*

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