

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 : *LAGBOURI MOHAMED*

Matricule : *3466*

N° CIN : *B111781*

Adresse : *BLOC B RUE 2 N°39 AIT SAID AIT MELLOU*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr HAIDA LAHSEN*

Spécialité : *Médecine générale*

N° ICE : *00206861800001*

N° INPE : *0610894*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *CAGBOURI MOHAMED*

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 :

*Diabète type 2 + hypertension artérielle depuis plus de 15 ans
sans traitement médical.*

Dont ci-joint ordonnance :

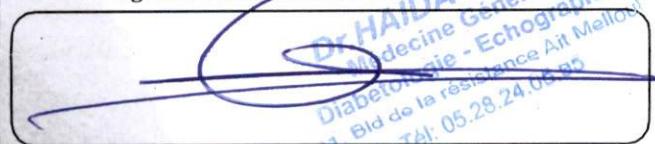
Traitements prescrits :

- Amel 2 mg
- Etogest 100
- Trinitro 10/12
- Aspirine FR

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Actuel* le *18/05/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



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