

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom :

FARIAT Driss

Matricule :

909

N° CIN :

B 6885

Adresse :

9, Rue Abdelmajid Ben Selloum, Agadir - 20370

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

00162822600004

N° INPE :

091174328

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Fariat Driss

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

longue durée

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

hypertension + Diabète

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Précaution d'usage 1/2 p/j
Traitement 20/200 mg p/j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables


Fait à :

Casa

le

29 NOV. 2023

Cachet et signature du médecin traitant :





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