



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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : BOULBLAH RACHID

Matricule : 7649 N° CIN : G-107758

Adresse : INN43 ART 4 wafa 4 ouffa casab

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : 0019281980000\_09

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BOULBLAH RACHID

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 :

HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

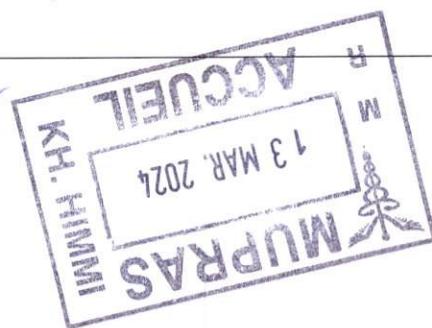
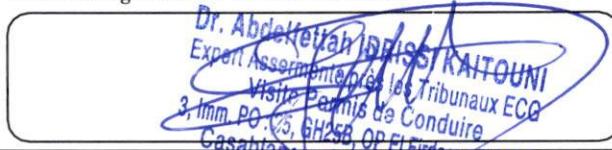
Coveram 5/5

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

casab le 12/03/2024

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