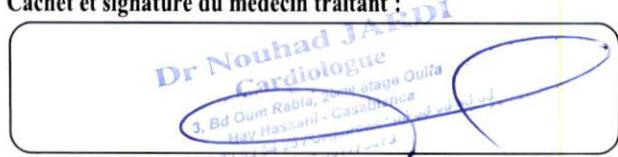
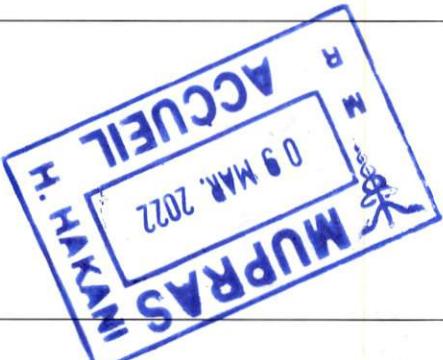


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	SADDIKI Mohamed
Matricule :	1560
N° CIN :	B185120
Adresse :	10 Rue N° 12 CR II EL OULFI
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Saddiki Mohamed
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA, coronarion (2 ètages actif ; 2017 et 2018) dyslipidémie	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits :	Kardelic 160 (2) ; fopatrax 5/25 (2) ; Carduriel 25 (2) ; Torvalong (2) ; Amlo 5 (2) ; Zytmic 100g (2)
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	09 MM 2022
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