



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

MLE-2327

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	FALAH ABOU 814224
Matricule :	2327
Adresse :	N° CIN : B 272828 20, Rueoulad snid Res souhail BOURGO LNE CHEN
Bénéficiaire de soins :	☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, M, M. :	FALAH ABOU 814224
Nécessitant un traitement d'une durée :	☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ à vie

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

HTA - DT 2

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :
- EXFORGE 10/160
- LD. NDA 10 mg
- ATENOR 28
- SYMBIOTIC 1000 mg
- GLYCAN 500 mg
- SINTRON 4 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Cachet et signature du médecin traitant

25/01/2024
Dr. HERNI BIME
Médecin Généraliste
Département de la Santé
Hôpital régional
Nouveau Youssef
Casablanca

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