

**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 : **YAHIA KHALID**
Matricule : **4517** N° CIN : **B 442657-**
Adresse : **2 RUE AIT MELLOUL, AVENUE ZERHOUNE SOUSSI, RABAT**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr MARZOUKI M^{ed} SA'IM** Spécialité : **Néphrologue**
N° ICE : **Néphrologie - Hémodialyse** N° INPE : **101168474**
Centre de dialyse **AL KILYA - Témara**
Certifie que ~~Mlle~~, ~~Mme~~, M. : **YAHIA KHALID**
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 - HOLTER TA : HTA S-D -

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **EXFORGE 160/10** **1 c.p. j**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **TEMARA** le **02/03/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr MARZOUKI M^{ed} SA'IM
Néphrologie - Hémodialyse
Centre de dialyse **AL KILYA - Témara**
INPE : 101168474

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