



**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 MELLOUT, AVENUE ZERHOUNE Souissi RABAT**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr MARZOUKI M^{ed} SAÏD** Spécialité : **Néphrologue**

N° ICE : **Néphrologie - Hémodialyse
Centre de dialyse AL KILYA - Témara** N° INPE : **101168474**

Certifie que **Mr. 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 *1-2-8*

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} SAÏD
Néphrologue - 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 garantie la confidentialité des informations communiquées