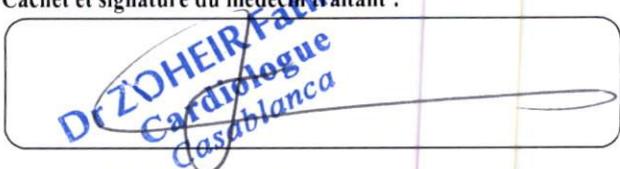
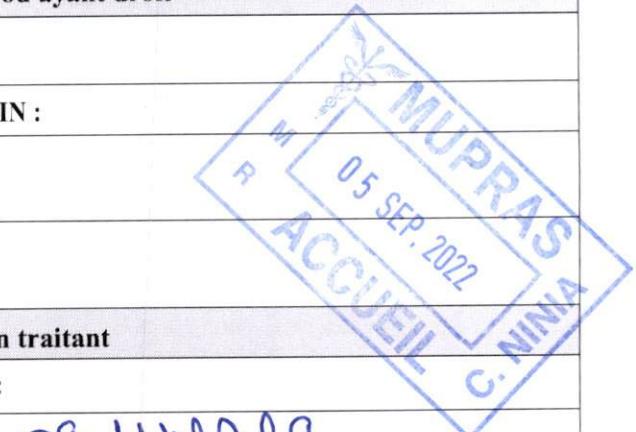


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BERRADA Naima
Matricule :	5204
N° CIN :	
Adresse :	
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 : 09 M42729
Certifie que Mlle, Mme, M.	
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. Chez une diabétique - atteinte rhumatoïde Coronarienne des deux artères lésées - Cardiopath. reblet, chevauchante, émbo.	
Dont ci-joint ordonnance :	Le 11/08/2022.
Traitement prescrit :	Candesartan reblet, chevauchante, émbo. Cardiopath. reblet, Lmn.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	casablanca le 11/08/2022
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