

163238

Réf. : PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	B D I T E N A I M A .
Matricule :	3238
N° CIN :	B 8653
Adresse :	2, Rue Prospère Meunier RES. ZARA VAL FLEURI
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr Abdelkhirane
Spécialité :	Cardiologue
N° ICE :	ICE
N° INPE :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	B D I T E N A I M A
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	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : EXFORGE 10/160 mg 1/2 TAVEL 100mg 1/2	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CNR le 09/09/22
Cachet et signature du médecin traitant :	ABDELKHIRANE
Cardiologue Clinique des spécialités Achifaa Angle rues Lahcen El Arjane et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) Tél : 0 522 859 220 - GSM : 06 14 69 59	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

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