

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	LAHAKI FATIMA
Matricule :	2045
N° CIN :	B 400193
Adresse :	Bd Dr Mohamed Sijilmassi Les Sables 13 - CASABLANCA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr Amine Soufiane
Spécialité :	Cardiologue
N° ICE :	
N° INPE :	09117206
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Lahaki Fatima
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 :	
Maladie Coronarienne : Le 08/20 Stent ECHO doppler Cardiaque dans les limites de la normale FevG = 60% au T8	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Nicardipine 80 mg ; Aspegic 100 mg ; Imexium	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CASA le 21/11/22	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées