

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

AZIZ NOUREDDINE

Matricule :

5817

N° CIN :

B 83905

Adresse :

HAY MLY ABDELLAH RUE 309 N°31 AIN CHOCK CASA

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

CARDIOLOGIE

N° ICE :

N° INPE :

091008771

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

Insuffisance Coronaire

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

CardioASR 100mg - TAHOR 20mg - COVERSYL 5mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca

le 09/03/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature and Stamp of Dr. Allaloui Mohamed]

* 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

