

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : LAHLOU FILALI

Matricule : 0956

N° CIN :

24 MAI 2023

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr LAHLOU

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 091166983

Certifie que Mlle, Mme, M. :

LAHLOU FILALI ABDELLAH

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 | Cardiopathie ischémique

Dont ci-joint ordonnance :

Ortizane

Traitement prescrit :

Hytosud 16/12.5 Awlaris
Cardiosome 100 Jochri 10 Zytloic 20.
Inhaler pour 300

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 27/04/2023

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