

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **Dr Saddiki Mohamed**

Matricule : **1560**

N° CIN : **B185120**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Dr Saddiki Mohamed**

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 :

**Cardiomyopathie ischémique vasculaire (38 ans actf)
Sur terrain d'HTA, dyslipidémie, IRC modérée**

Dont ci-joint ordonnance :

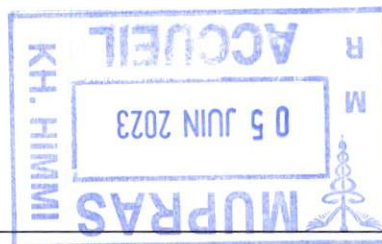
Traitement prescrit : **Cardenal 25g (Bij) ; Carveron 5g/5g (4x1j)
Lordec 162g (Asef-1) ; Torva 20g (Asef-1)**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **05/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :





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