

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 : **KASSABI OUAHAA**

Matricule : **3504**

N° CIN : **024250**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : **INP : 091130922**

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HTA + Dyslip

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Co-APROVEL 300 I.R.V. - AOP J - Hypsin 1g

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

20/08/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Saad SOULAMI
Fonctionnaire de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Madani
CASABLANCA
Tél. : 0522 22 78 18 522 76 13 34

*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

