

**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 : **SIMOU Yassin**

Matricule : **4130**

N° CIN : **K8976**

Adresse : **Pole Urbain NSR Quartier Royal, Rue Abdeljeu no 174
Casablanca, Maroc**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : **[Signature]** Spécialité : **Cardiologue**

N° ICE : **[Signature]** N° INPE : **091210344**

Certifié que Mlle, Mme, M. : **SIMOU YASSIN**

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 :

diabétique, hypertendu, Anger

Dont ci-joint ordonnance : ☒

Traitement prescrit : **Cardioaspirine 100g 12/12, Altiazem 60mg
Cardione 1/2g 1/2, Covalac 2g 1/2g 3/12, Glucophage 850g 1/2g
+ fardiane 20g 1/2g**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **26/08/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

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

