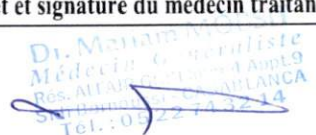


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	NASSARICAH BADIHA
Matricule :	1101
N° CIN :	
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 061292819
Certifie que Mlle, Mme, M. : Badiha (Nassarallah) Nassarallah	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Elle souffre de M. Badiha Nassarallah âgée de 71 ans, ayant connu ATCDs : cardiopathie sous Kardegic 75mg et HTA sous Lyscard 16mg suivi pour Depressure sous Trezen 20mg et Zepan 6mg, réingrèssion	
Dont ci-joint ordonnance : patrice prescrite des Vorhiges et Fatigue et Probab Amel plus d'algies sous le Pailon des acté	
Traitement prescrit : 1) Trezen 20mg 2) Zepan 6mg 1cp/j 3) Lyscard 16mg 1cp/j 4) Kardegic 5) réingrèssion	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Casablanca le 18/09/23	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées