

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *Laraki Faïma*

Matricule : *2045* N° CIN : *B 400193.*

Adresse : *Bd Dr. Abd Sijilmassi - Rue Sada f. B Casablanca*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr Amine Soufiane* Spécialité : *Cardiologue*

N° ICE : *09117266* N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Laraki Faïma*

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 :

Palpitation Coronare



Dont ci-joint ordonnance :

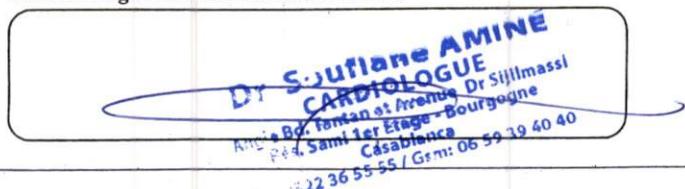
Traitement prescrit :

*Oicardis 80 g / Cardiaagrine 100 g / Qd pral /
Aesdor 5g*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa* le *26 09 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