

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Indice FIFR000
Version: 01
Date: 14/01/2012

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

Nom et prénom : **AKANY ABDEL-ILLAH**

Matricule : **11721** N° CIN : **BL951**

Adresse : **Résidence El Hadj el Ouassil N°8 APPE 832 Hay CHREFA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : Spécialité :

N° ICF : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ > 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

NDA - cardiopathie hypertensive

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Ar/Keron - Cardioaspirine**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **14/07/2013**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. BENCHAKROUNE Driss
Cardiologue - Rythmologue
101 Bd Oum Elouf, Casablanca

^a Cells characterized and recognized as such.

En application de la loi 06-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MU PRAS garantit la confidentialité des informations communiquées.