

**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 :

RAHHALI Abdelkader

Matricule :

2320

N° CIN :

T 3210

Adresse :

Rue 2 N° 26 Diour Lakren Mohamedi

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

Rapport Holter

Dr. NOURE TADOUFIK  
CARDIOLOGUE  
INPE.: 091026831

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

losartan - Bisoprolol - Amlodipine  
Digoxine - Crystalline

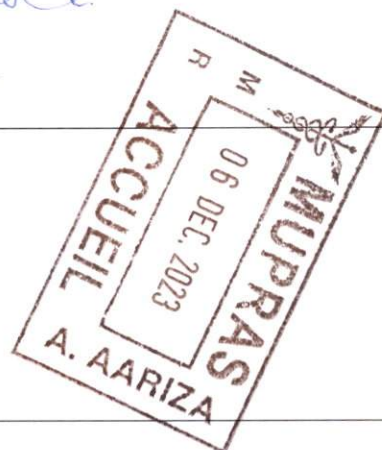
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 28/11/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. NOURE TADOUFIK  
CARDIOLOGUE  
INPE.: 091026831



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

