

**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 : *Najem Said*

Matricule : *7205*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *Cardio*

N° ICE :

N° INPE : *091234583*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Najem Said*

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 :

Maladie Coronarienne — Angioplastie 06/2023

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Aspirine
Clopidogrel*

Statins

Cardio

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *14/3/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Anass INCHAOUH
719, 1^{er} étage, bd. Lalla Oummaa,
Sidi Maâmen, Casablanca
Tél : 0522 22 78 15 - Fax : 0522 22 78 18
Email : a.inchaouh@gmail.com



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