

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 : **MADIANE KHADIJA**
Matricule : **6624** N° CIN :
Adresse : **Rue de l'Home Résistance Wadi (c) 11 1^{er} étage -**
Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. SOUNAYA CHERQAOUI**
CARIOLOGUE
N° ICE : **Med Bouan Rue 12 n° 10** Spécialité :
Cité Jamila II Ben Fakir
Casablanca - Tel 05 22 58 60 77 N° INPE : **091211604**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **MADIANE KHADIJA**

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 :

**Audioscopie. Audiote - HTA - DTZ,
Dyslipidémie**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **- Aldactazine, - Metolone, - Argénis N° 1 - 1/1.**
- Rosuvastatine : 10 mg / j
- Simvastatine : 30 mg / j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Allal** le **14 MARS 2024**
Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. SOUNAYA CHERQAOUI
CARIOLOGUE
Ed. Med Bouan Rue 12 n° 10
Cité Jamila II Ben Fakir
Casablanca - Tel 05 22 58 60 77

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

