

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Bonaki Fatima
Matricule :	2045 N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : Bonaki Fatima	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
<p>Twynsta 80/5 mg Cardiaspirine 100 mg Creston 5 mg</p> <p>Mopral</p>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<p>Sc 08/20 Stent</p> <p>Echo doppler cardiaque dans les limites normales la normale FC VG = 63% au T3</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
<p>Traitement prescrit :</p> <p>Twynsta 80/5 mg Cardiaspirine 100 mg Creston 5 mg</p> <p>Mopral Deune Fort</p>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CASA le 09/04/24	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<p>Dr Soufiane AMINE CARDIOLOGUE Ami 1er étage - Bourgogne Casablanca Tél: 0522 36 55 55 / Gsm: 06 59 39 40 40</p> <p>MUPRAS 02 AVR. 2024 ACCUEIL</p>	

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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