

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : CHAOUF LAHCEN	
Matricule : 1729	N° CIN : B44283
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifié que Mlle, Mme, M. Dr. Miloud KASSIOUBI CABINET DE CARDIOLOGIE 52, Bd Méd VI - Kissarieto Tasseir 6ème Etage - CASABLANCA Tél: 0522450240/41 - Fax: 0522450239	
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	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Cardiopathie ischémique + HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Aspirine, Cardascapine, Cardix 6, 2	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CASA le 21/02/2022	
Cachet et signature du médecin traitant : 	

* 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