

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <u>Dr Zineb BENCHAOUIA</u>	Spécialité : <u>Cardiologie</u>
N° ICE : <u>ICE: 00158388100088</u> INPE: 091178467	N° INPE : <u>26 JUL. 2022</u> INPE: 091178467
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>MORTANE Chaïme</u>	
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 : <u>Céphalées, vertiges, HTA de grade II à 170/90, ECG = BCG Complet, STI = CMH FEUG = 65%, Dyslipolémie : CT = 2,97, LDL = 2,06, néphrologie, IR modérée</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>Diprivar 5mg, Coxyrel 500/10mg, LD NOR 10mg</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <u>Casablanca</u> le <u>26 JUL. 2022</u>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <u>Docteur Zineb BENCHAOUIA</u> <u>13, Angle Bd Bir Anzarane et Rue A. El Moussini - Résidence Aya 2ème étage Appart n°5</u> <u>Casablanca - Tél. / Fax : 0522 25 35 35</u>	



*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