

1954

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *Lamrabi Omaï*

Matricule : _____ Nº CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr Saad SOUFIAM* Spécialité :

Nº ICE : *356, Rue Mostafa El Maâni* Nº INPE : *INP : 091130922*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Lamrabi Omaï*

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 :

Douleurs ATTA + Angor Stent

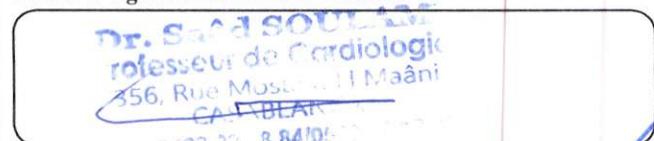
Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *Zyntec 20 - Adalat 50 - TAN 200 mg*
Cardiospini 100.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Ga* le *06/08/2022*

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