

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **CHOUAIBI MOSTAFA**
Matricule : **04802** N° CIN : **B25788**
Adresse : **HAYWALAA FM 21 NIRMTRIS SECT 02**
SIDI MOUMEN CASA
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : **DR. HAFDI KARIM** Spécialité : **Cardiologue**
N° ICE : **024252271** N° INPE : **024252271**
Certifie que Mlle, Mme, M. :
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 :

Céphalées + Acouphes ; Dyspnée stable

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :
4 Co - Apocel 150mg - 3 x 1 ; N.E
2 Digui 300mg - 1 x 1 ;

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **24/05/22**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. HAFDI KARIM
Cardiologue
N°3, Résidence Haytam, Hay El Walaa
Sidi Moumen - Casablanca
Tél : 05 22 71 66 36

* 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

