



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 : *Hme BAST FATIMA*

Matricule : *9766*

N° CIN : *BK LG 280*

Adresse : *173 Bd Mly youssef CASABLANCA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

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 :

Echogram + HolterTA (NAPA ≤ 24h)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Zovel 950

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *29/03/2023* le *1/04/2023*

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