

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	AFRITE Bennani Hakima
Matricule :	3731
N° CIN :	B 356942
Adresse :	Résidence Prestige California Im A12 California Jn Chk Casablanca
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Cardiologue
N° ICE :	N° INPE : 091210344.
Certifie que Mlle, Mme, M. :	AFRITE Bennani Hakima
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 :	
Coronaropathie,	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits :	Coplenza tr 1100g 140f, nebilet 5 1/24g Tahr 20g 140f, vasotrel 80 140g
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casablanca le 10/02/2023
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 garantie la confidentialité des informations communiquées