

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **BOURICH Mohamed**  
Matricule : **1257** N° CIN : **B 14475**  
Adresse : **lot Haj Fateh Ave 4 N°15 El oula CASABLANCA**  
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :  
N° ICE : N° INPE :  
Certifie que **Mlle, Mme, M. :** **Chaabane Khadija épouse BOURICH**  
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 :

( Voir Holter TA + ECG  
Biologie + ETT )

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :  
\* AMEP 5 1CPJ  
\* Crestor 10 1CPJ

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Sabry Mohamed**  
Professeur en Cardiologie  
cardiologue interventionnel  
INPE : 101 100 31  
Cabinet de Cardiologie  
Tél: 05 22 69 10 44



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées