

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	BRAHRA Ali	
Matricule :	4673	N° CIN :
Adresse :		
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Dr. Saad SOUAMI Professeur de Cardiologie 356, Rue Mostafa El Maati CASABLANCA Tél. : 0522-22-78-15 / 0522-22-78-18 Fax : 0522-22-78-18	
N° ICE :	00 175507600067	N° INPE : INP : 091130922
Certifie que Mlle, Mme, M. : BRAHRA Ali		
Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie		
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>Prise de tension de 16 mmHg</i> <i>Cardiopathie ischémique de 31 mmHg</i> <i>Élevé de pression artérielle de 160 mmHg</i>		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit : Non Ordonnancé		
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Casablanca le 09/06/2023		
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