

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 : **EL HAMZI Moulay Ahmed**
Matricule : **2226** N° CIN : **B294826**
Adresse : **21 Rue 50 Mandarouna Ain Chock Casablanca**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr ABADRI** Spécialité : **MG**
N° ICE : **00170821400073** N° INPE : **INP: 091017053**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **EL HAMZI - MOULAY AHMED**
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 :

**Cardiopathie hypertensive -
ischémique - néfrotique.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Captopril 25mg 1x1
Télusane 25mg 1x1 + Aspirine.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CSD** le **18 JUIL 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Abdelaziz BADRI
Médecine Générale
129, Rue 25 Mandarouna,
Ain Chock Casablanca
Tél : 0522 21 33 19

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