

**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 : **BOLMNAHI**

Al med

Matricule : **2512**

N° CIN : **B 183 795**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Dr. A. LAHREDDINE
Cardiologue Interventionnel

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Centre de Cardiologie**
Casablanca - GSM: 06 66 54 35 06

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

INPE: 09115 1910

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 :

- cardiopathie ischémique + HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **- Salbutamol 100mg - Dextropropriphénol 10mg - cardioflex 100mg**
Rosuvast

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **06/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. A. LAHREDDINE
Cardiologue Interventionnel
Centre de Cardiologie
Casablanca - GSM: 06 66 54 35 06

INPE: 09115 1910

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

