

**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 : *Khadija Mohamed*

Matricule : *1004*

N° CIN :

Adresse : *Dur 57 n 25 Haincha 5 cité djmaâ Casablanca*

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *Cardiologie*

N° ICE :

N° INPE : *091008471*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Khadija Mohamed*

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 :

Cœur va bien, Hypertension



Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Coveran 5/5

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le : *05/09/23*

Cachet et signature du médecin traitant :



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