

**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 : *Khalid Mohamed*

Matricule : *1004*

N° CIN :

Adresse : *Rue 57m 25 Jamila 5 cité djennat Casablanca*

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *CARDIOLOGIE*

N° ICE :

N° INPE : *051008221*

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 :

Insuffisance cardiaque

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *COVECON 515 - Codon - Corventis - Buxidol
ROZAT 40 - Flak - Jardanc - ald*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *31/05/23*

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

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