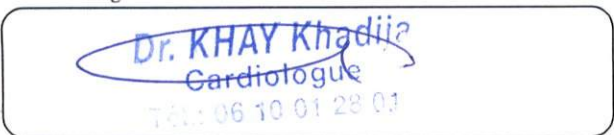


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : CHAOUF Lahcen	
Matricule : 1729	N° CIN : B 44 280
Adresse : Residence Nadia Im H Casablanca	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Cardiologue
N° ICE :	N° INPE : 0912 50365
Certifie que Mlle, Mme, M. : CHAOUF Lahcen	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Dilatation coronaire de la diagonale à nov 2020	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	bêta-bloquant statine Amlodipine Aspirine
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casa le 30 / 11 / 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 garantit la confidentialité des informations communiquées