

**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 : **ZAKANY ABDEL-ILLAH**

Matricule : **11721**

N° CIN : **BL951**

Adresse : **Residence Riad el Oumria Riad 8 APT 832  
HAY CHAIFA CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité : **CARDIOLOGIE / RHYTHMOLOGIE**

N° ICE : **00183343800002**

N° INPE : **091181618**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ZAKANY ABDEL-ILLAH**

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 :

**NOA ECG: cardiopathie hypertensive  
FE 65%**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Arkoon - Cardioaspiré**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **16022024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. BENCHAKROUNE Driss**  
**Cardiologue - Rythmologue**  
193, Bd Oum Rabhi Oulfa - Casablanca  
Tél 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 60



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