

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 : <u>HRAR. Bouharb.</u>	
Matricule : <u>580</u>	N° CIN : <u>105 986</u>
Adresse : <u>La Belle Vue N° 143. SDE Nouvel. Casab.</u>	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <u>Dr. Jihane EL JAOUHARI</u> Spécialité : <u>Cardiologue</u>	
N° ICE : <u>002178852000084</u>	N° INPE : <u>INPE:091176537</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>HRAR Fatma</u>	
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 : <u>ACFA + Cardiomyopathie hypertrophique en dysfonction VG décompensée</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>Cordarone 200 1/2 cpj</u> // <u>Upren 50 x 2</u> // <u>Fadience 10 : 1cpj</u> <u>Caudensiel 5 : 1/2 cpj x 2</u> // <u>Rexuban 20</u> // <u>Gesfix 40 : 1/2</u> <u>vitamen. f. fol. lypa 3</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <u>Casablanca</u> le <u>22 02 2024</u>	
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