

**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 : **MIR ZAKARIA**

Matricule : **3053**

N° CIN : **B 123072**

Adresse : **Résidence Karim 2 Rue Albert Samain Val Fleuri Hordou
CASA.**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : **INP:091142729**

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **MIR ZAKARIA**

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 :

HTA - hypercholestérolémie, cardiopathie isémique.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Cardyl 15 / 100 mg / 10 / Cardyl 15 / 100 mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA BLANCA le 12/02/24**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr ZOHEIR Fatima
Cardiologue
220, Bd Brahim Roudani
Madinat Casablanca



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