

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **FARAS** *(Signature)*

Matricule : **01293**

N° CIN : **B46126**

Adresse : **Dar Lassoune Bloc "M" 308 N° 7 CASA.**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : **Dr. EL KIFANI Ahmed**
CARDIOLOGUE

N° ICE : **ICE : 001748483000083**

INPE : **82, Rue Soumaya - Casablanca**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **R QU/B** *(Signature)* **EP FARAS** *(Signature)*

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 :

(Signature)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : **- Cefixime 500mg**
- Cardenor 25mg
- Mocol 20mg



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **11/03/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



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