

**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 : **Ka Boulou Bernade Jaued**
Matricule : **2445** N° CIN : **B-343333**
Adresse : **Resid - ELFAJR IM. ELWARD N. 9**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Hanane BENHALLA** Spécialité : **Cardiologie**
N° ICE : **Bd Hassan II N° 74 Benslimane** N° INPE : **Tel: 0523 29 23 10**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Ka Boulou Bernade Jaued**
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 :
hypertension Artérielle + diabète + Cardiopathie ischémique
déjà opéré pontage Arterio Coronaire en 2022.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :
At - Inbeson 150 + Kardegre 160, Prosulvas 10
+ Cardex sid 1,25

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Boush** le **26/04/24**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Hanane BENHALLA
Cardiologue
Bd Hassan II N° 74 Benslimane
Tel: 0523 29 23 10

INPE
061184140

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



**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 : **KABAILLOU BERRADA JAOUAD**
Matricule : **2445** N° CIN : **B. 343333**
Adresse :
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Dr. OMAR BENMBAREK**
N° ICE : N° INPE : **Médecin Généraliste**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **1028, Hay Riad - BOUZNKA**
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☒ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie
Tél : 05.37.64.91.79
urgence : 06.72.43.50.8
INPE : 061188827
en cas d'urgence

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Bilan + examens complémentaires

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le **28 AVR 2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. OMAR BENMBAREK
Médecin Généraliste
1028, Hay Riad - BOUZNKA
Tél : 05.37.64.91.79
urgence : 06.72.43.50.8
INPE : 061188827
en cas d'urgence

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

