

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *LAAKEL Nohamed*
 Matricule : *1057* N° CIN : *B 38594*
 Adresse : *50 Rue Lenard de Vney Paris*
 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. CHAACHOUI Najia*
Cardiologue Rythmologue
314 Rue Moustapha El Maâni - Casablanca
 N° ICE : *Tél: 05 22 22 73 43 - Fax: 05 22 22 76 79* N° INPE : *INPE: 091170167*
 Spécialité : 
 Certifie que Mlle, Mme, M. : *Mr LAAKEL Nohamed*

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 :

Cœroptolie ischémique avec AR + stent sur l'IVA, HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *Coctanix 7 Mes*
Long K20
Rezar 50g/1J

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca le 03/03/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

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