

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *Jamal EL Arab Lahsen*

Matricule : *4651*

N° CIN : *B 379 105*

Adresse : *56 Bd Abderrahim Bouabid Hayesscha*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : *091245621*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Jamel EL Arab Lahsen*

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 :

*cardiopathie ischémique et
hypertension*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*11,10x2 Bupréthénax 222,20 , candesartan 50,70x2 = 101,40 TAHOR, 103,00x2 = 206,00
cardioaspirine 27,70x2 = 55,40*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casablanca* le *08/02/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. LALAH M'hamed
Ang. Bd. 10 Mars et Bd. Abd. Bourguiba
Tunis N° 31 Page N° 3 - Sidi Ghrib
Tél: 09 22 51 22 22*

*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