

5204

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **BERRADA. NAIMA.**

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Berrada**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☒ **43 mois** ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie
non renouvelable

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

HTA et Diabète (sous glucofage)

Dont ci-joint ordonnance : **du 16/05/2022.**

Traitement prescrit :
- **atacard 10mg. 1.**
- **nebilet 5 1.**
- **Amlor et aescio. 1.**
+ glucofage 1000

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **COCO** le **16/05/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr ZOHEIR Fatima
Cardiologue
230, Bd Brahim Roudani
Madrif - Casablanca

MUPRAS
30 MAI 2022
ACCUEIL

* Cette déclaration est renouvelable une fois

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