

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Zohra Hamrudi
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Cardiologie
N° ICE :	N° INPE : 091209148
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Zohra Hamrudi
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie	

mle-1619

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

HTA TA = 145/95 G = 68 ACFA = ACFA 69/m, +
 a 21 0MI HbA1c = 10,4% (04/2021)
 Cardiologie
 Traitement prescrit : Raxaban 200g + Berlan Sy + Carli x 40g + Biperhex 10/21

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casa 13.06.2022

Cachet et signature du médecin traitant :

(Signature and Stamp of Dr. HADADI Abdelaziz, Cardiologue)

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 88-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées