

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : LAHLOU FILALI

Matricule : 0956

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr LAHLOU

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 09166983

Certifie que Mlle, Mme, M. : LAHLOU FILALI ABDERRATTWONE

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 :

HFA / Cardiopathie ischémique

Dont ci-joint ordonnance :

cf ordonnance

Traitement prescrit : Hydralazine 16/12,5 Amlodipine 5  
Cardiomagnone 100 Atorvastatine 20  
Insulins pour 3 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 27/04/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. M. A. LAHLOU  
CARDIOLOGUE  
Rés. RISH 11, Angle Bd Bir Anzarane  
Rue Calé Achtaf (à côté de Agence INH/AF)  
Quartier Maarif - Casablanca  
Tél: 0522 22 78 15 - Fax: 05 22 99 70 87

\* 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