


**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Ait Moulad Ahmed
Matricule :	0941
N° CIN :	
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr Amale EL AMRANI
Spécialité :	CARDIOLOGUE
N° ICE :	09115200
N° INPE :	09115200
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Ait Moulad Mek Helissa.
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Amlor 5mg h' - Betaserc - Targemil - Teroxyl Cariscan Amlor	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casablanca le 14/07/2024
Cachet et signature du médecin traitant :	
	



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