

**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 :

HILMI LAILA

Matricule :

76 17

N° CIN :

BK 176524

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

HT Sévère + MC I

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

[Signature]
[Signature]
[Signature]

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CASA

le

19 MARS 2024

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

Dr. MOHAMED MEHDI ALAOU
SPÉCIALISTE DES MALADIES DU COEUR
ET DES VAISSEAUX



Dr. Mohamed Mehdi ALAOU
Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
Lot Moulay Thami, N° 141 Bd. MH24 Etg 1 Appt 6,
(Rond Point George) El Oufra - Casablanca
Tél : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18 - Email : pec@mupras.com

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