

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS****Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : LATLLOU - FILALI Abderrahmane

Matricule : 0956

N° CIN : B 39808

Adresse : 11 Blvd Bir Anzarane Résid: SEDRA 1 Apt 4 Etg 2  
MAARIF / CASABLANCA

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Dr LAABI

Spécialité : Cardiologue

N° ICE :

N° INPE : 09 11 66 98 3

Certifie que Mlle, Mme, M. : LATLLOU FILALI Abderrahmane

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 :**

HTA  
g CL RT.

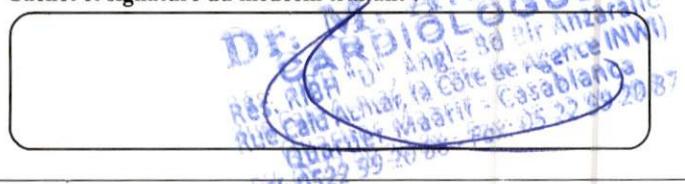
**Dont ci-joint ordonnance :**

Traitements prescrits : Novohedew 300; Hydrocod 16/12,5mg/1;  
cordisoprine 100mg dolox 150mg; Zytobic 200mg  
Kanox si bariu

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à : CASA le 14/07/2021

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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