

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **LATLOU - FILALI Abderrahmane**

Matricule : **0956**

N° CIN : **B 39808**

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

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr LATLOU**

Spécialité : **Cardiologue**

N° ICE :

N° INPE : **091166983**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **LATLOU 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
GJ CL EST**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Novohédo 300; Atyboud 16/12, 5mg;
Cardiopirine 100mg clozapine 15mg; Zyloric 200mg
Kanax si besoin**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **14/07/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. LATLOU
Rég. RMA "D" Angl: 88 dir Anzarane
Rue Calixte, Haarif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 Fax: 05 22 99 20 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