

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

<b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>	
Nom et prénom : <b>Mlle MAJZABI NAÏMA Epouse MABROUR</b>	
Matricule : <b>4699</b>	N° CIN :
Adresse : <b>Lot. ETADAMONE, RUE N°34 OULFA Casablanca</b>	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
<b>Dr. EL MAKHLOUF AH</b> <b>Partie réservée au médecin traitant</b>	
Je soussigne : <b>Professeur Agrégé Cardiologie</b> <b>5, Rue Med. Abdouh - Casa</b>	Spécialité :
N° ICE : <b>Tel : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89</b>	N° INPE : <b>091057851</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>MABROUR Astoued</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
<b>H.T.A de longue durée et</b> <b>Don Internept-</b>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <b>H.T.A</b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>AMCP + DILEPSIEL</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>Casablanca le 18/10/2022</b>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<b>Dr. EL MAKHLOUF AH</b> <b>Professeur Agrégé Cardiologie</b> <b>5, Rue Med. Abdouh - Casa</b> <b>Tel : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89</b>	



\* 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