

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

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **ELIMAM EL ALAOUI Abdelaziz -**

Matricule : **3230** N° CIN : **B.63636**

Adresse : **236 Bd Med V CASA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjointe ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr EL ALAOUI ABDEL** Spécialité :

N° ICE : **Tél: 05 22 29 81 55 / 05 22 27 25 89** N° INPE : **091057851**

Certifie que Mlle, Mme, M. **re ELIMAM ALAOUI Fatima**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

de longue durée

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

H-TA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**MONSILIDIM + COTAREG + ASPERALC
DAFLON + LEVOTHYROX**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **24/11/22**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr EL ALAOUI ABDEL
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55 / 05 22 27 25 89



* 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