

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 : **M HANDI MUSTAPHA**

Matricule : **1409**

N° CIN : **B48133**

Adresse : **5, RUE KADI IASS App. n°6 NAARIF CASA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. BENABDALLAH**

Spécialité : **Généraliste**

N° ICE :

N° INPE : **091085656**

Certifie que Mlle, Mme, M. **THANON Joseph**

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 :

**N.T.A**

**hypertension**

**2. n. i. s**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**- Plavix**

**- KARDOLIN IN**

**Triate 10  
TA 19022**

**- Jannet  
- en dentif.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **01/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. El Housseine BENABDALLAH**  
**Médecine Générale**  
**67, Rue Ibnou Nafiss Maarif**  
**Casablanca - Tél: 06 66 89 89 19**



\* 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