

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **MABKOUR Mohamed**

Matricule : **4699**

N° CIN : **B205039**

Adresse : **Lot. ETADAMOUN, RUE S N°34 OULFA - Casablanca**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. EL MAKHLOUF Ali**

Spécialité : **Cardiologue**

N° ICE : **5, Rue Med. Abdouh - Casa**

N° INPE :

091057851

Certifie que Mlle, Mme, M. : **MABKOUR Mohamed**

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 :

HFA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Ancp + Deteuciel

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **22-06-2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa



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