

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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : *Rihabdi Abalhaoued*

Matricule : *1004* N° CIN :

Adresse : *Dunes n° 25 Hayounet Sidi Afni Casablanca*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *Dr. M. ALLAOUI* Spécialité : *Cardiologue*

N° ICE : *091008471* N° INPE : *091008471*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *DR. M. ALLAOUI*

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 :

*Coronarien, hypertension*



Dont ci-joint ordonnance :

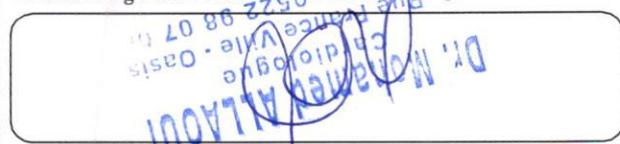
Traitements prescrits :

*Coveran 5/5*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casab* le *25/09/23*

Cachet et signature du médecin traitant :



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