

**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 : **ZIKRI AZIZA.**

Matricule : **1215**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Professeur CHRAIBI Saïd** Spécialité :

N° ICE : **Abdelmoumen Center Angle Bd. Abdelmoumen et Anoual Etage 6 Casablanca - 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

**HTA. Suivi**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Codiprel.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Casablanca** le / / **14 SEP. 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Professeur CHRAIBI Saïd**  
**CARDIOLOGUE**  
Abdelmoumen Center Angle Bd. Abdelmoumen et Anoual Etage 6 Casablanca - 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46



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