

**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 : **Benjellam Amina**

Matricule : **01080**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

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 Grade 2 + dyslipidémie**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Exforge 5/80 + coe 5**

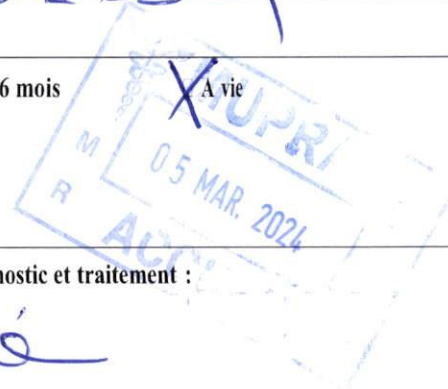
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

**Casablanca 24/02/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**DR. NAJIB HAYAT**  
Cardiologue  
N° INPE: 091173914  
N° ICE: 091173914



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