

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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

*ML 3238*

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

Nom et prénom :

*BDITE NAIMA*

Matricule :

*3238*

N° CIN :

*B 8653*

Adresse :

*2, Rue Prospère Maimnée RES ZARA VAL FLEUR*

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

*00185442500087*

N° INPE :

*091000679*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*BDITE Naïma*

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 :

*HAA*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*- EXFORGE 160/10 mg  
- Talor 10 mg*

*1 cp / J  
1 cp / J*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

*Casablanca le 02/04/2021*

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. C. ABDELKHIRANE**  
Cardiologue  
Clinique Maghreb  
70, Rue Casilass, Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 990 990 - GSM: 0661 14 69 59



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