

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 091166983

Certifie que Mlle, Mme, M. :

CATHOU ALI ABDELLAH

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 traitée depuis 30 ans.  
degré.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Hylocord 16 (12,5) Amlor 5 Cordosone 100  
Aster 10 Zyloric 200

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CA le 15/09/2024

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. M. LAABI  
CARDIOLOGUE  
Rue Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca  
Tél. : 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Siteweb : www.mupras.com - email : pec@mupras.com

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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