



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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **AYOUT HASSAN**

Matricule : **05936** N° CIN : **BE 455549**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr Amale EL AMRANI Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **CARDIOLOGUE** Spécialité :

CLINIQUE CALIFORNIE

545, Bd Panoramique, Casablanca - Tél. 0522 50 80 80

N° INPE : **091152025**

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 + maladie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Exforge + Cevastat + aphaestat

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Roue le 22/04/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique Casablanca - Tél. 0522 50 80 80**

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

