

**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 : **Bedda Hing**

Matricule : **ME 06756** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Professeur Agnès** Spécialité : **cardiologie**

N° ICE : **INPE: 091026955** N° INPE :

Certifié que Mlle, Mme, M. : **Bedda Hing**

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 smu Targ 80 y/l.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Targ 80 up 1/1**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **08/05/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Professeur Agnès**  
Cardiologue Interventionnelle  
67, Rue Point de Marseille Océ - Casablanca  
Tél : 05 22 25 51 35 - INPE: 091026955

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