

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr BELAMINE Fatima

Certifie que Mlle, Mme, M. : HAMMOU Abdelouahed

Présente Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois Maladie Se Longue Durée

Dont ci-joint ordonnance : Ticagrelor 5/25 1cp/j

(à défaut noter le traitement prescrit) Aspirine 100 1cp

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

**Dr. BELAMINE Fatima**  
Médecin G.  
55, Boulevard Joulane - al  
Sidi Othmane - Tél 9522 28 96 30

