

**valable 3 mois**

ML: 3711

Le 15/12/2021

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné : Dr BELAMINE Fatima

Certifie que Mme, Mme, M. : HAMMOU Aïdelouahed

Présente .... Hypertension artérielle.

Nécessitant un traitement d'une durée de : .....

6 mois Maladie de Longue Durée

Dont ci-joint ordonnance : Trizatide 5/25 1cpr/j

(à défaut noter le traitement prescrit) Ondanspirine 120 1cpr

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 BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. BELAMINE Fatima  
Médecin Général  
55, Boulevard Jourane  
Sidi Othmane - Tel 0922 28 96 21

