

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **ETTANOUTI MOHAMED**

Matricule : **1564**

N° CIN : **B 184694**

Adresse : **16, Rue ELLOUKHOVANE BEAUJOUR CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

**INP:091142729**

Certifié que M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, M. : **ettanouti Mohamed**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☒ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

**Atacandol 16**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**HTA importante - échocardiogramme = HVB concentrique**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Atacandol 16**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **ROSA** le **01/03/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr ZOHEIR Fatima  
CARDIOLOGUE  
230, Bd Brahim Roudani  
Madrif - Casablanca**

\*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