

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **LATLOU-FILALI Abderrahmane**

Matricule : **0956** N° CIN : **B39808**

Adresse : **11 Blvd Bir Anzarane RESID: SEDRA 1 Apt 4 Etg 2 HAARIF CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. LAABI** Spécialité : **Cardiologue**

N° ICE : **09166983** N° INPE : **D**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **LATLOU FILALI ABDERRAHMANE**

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 traitée depuis 30 ans.**

### Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Hydrocond 16/125 11; uschilede 300mg  
cordoxpine 100mg dolbor 10mg Zyloric 200mg**

### Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **28/03/2022**

### Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. M. A. LAABI**  
**CARDIOLOGUE**  
Rés. RIBH "D", Angle Bd Bir Anzarane  
Rue Caid Achtaf, (Côté de Agence INWI)  
Quartier Maârif, Casablanca  
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

\* 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