

05 SEP. 2022

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **RAOUZ AHMED**

Matricule : **3081**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Dr. J. SIBAÏ
CARDIOLOGUE

Spécialité :

N° ICE :

Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél : 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

N° INPE :

091129718

Certifié que Mlle. Mme. M. :

QUARTE RACHIDA

Requérant 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 sévère (maladie)
Sel potée f2**

Dont ci-joint ordonnance :

Prescrit :

cf rdv



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Date : **05 SEP. 2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. J. SIBAÏ
CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél : 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90