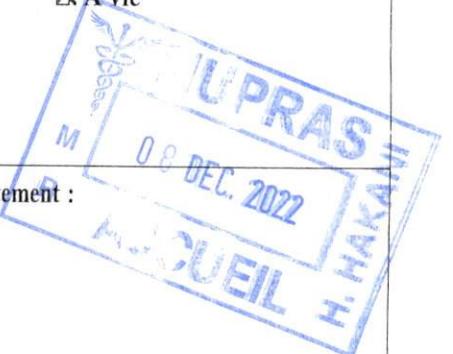
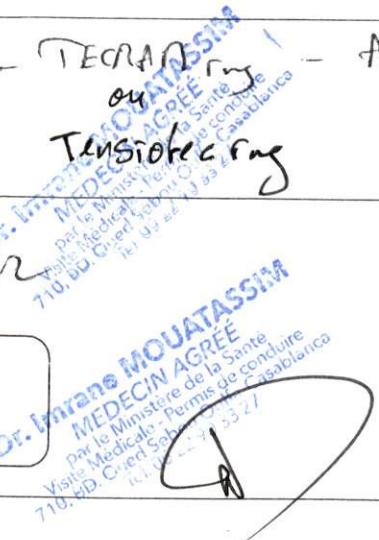
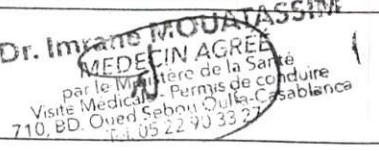
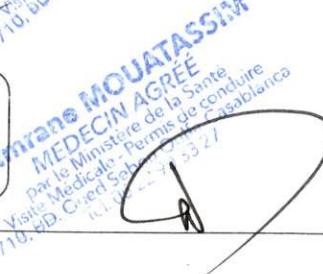
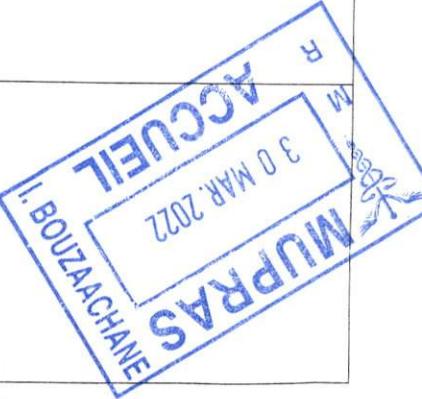


MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <i>MR CHAKANE Zahra</i>	
Matricule : <i>341</i>	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Dr. Imrane MOUATASSIM <small>MEDECIN AGREE par le Ministere de la Sante Visite Medicale - Permis de conduire 710, BD. Oued Sebou Oula-Casablanca tel. 05 22 90 33 27</small>	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : <i>Medecin urgentiste</i>
N° ICE : <i>00168174 9000029</i>	N° INPE : <i>091168674</i>
Certifie que M ^{me} , M ^{me} , M ^{me} : <i>CHAKANE Zahra</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> <3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
<i>Anglou - Tercen - Aspegic</i>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<i>HTA</i>	
	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Anglou 5mg - Tercen 100mg - Aspegic 1000mg</i>	
	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <i>Casab</i> le <i>29/03/2022</i>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	
	
	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées