

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : CHARAKANE Zahra	
Matricule : 341	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : Dr. Imrane MOUATASSIM <small>MEDECIN AGREE par le Ministère de la Santé Visite Médicale - Permis de conduire 710, BD. Oued Sebou Oujda-Casablanca Tél. 05 44 70 33 27</small>	Spécialité : Médecin urgentiste
N° ICE : 001681749000029	N° INPE : 091168674
Certifie que Mlle, Mme, M. : CHARAKANE Zahra	
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 Anglon - Tecran - Aspegic	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Anglon 750 - Tecran 100 - Aspegic 1000 Tensiolec 750	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casa	le 29/03/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Imrane MOUATASSIM MEDECIN AGREE par le Ministère de la Santé Visite Médicale - Permis de conduire 710, BD. Oued Sebou Oujda-Casablanca Tél. 05 44 70 33 27 </div>	

* 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