

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom : Hammou Abdelouahed Matricule : 3711 N° CIN : B 801581 Adresse : RESIDENCE AL MANAR - Immeuble 2 App 6 Avenue Poir Anzarane - EL JADIDA Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne : Dr BELAMINE Fatima Spécialité : GENERALISTE N° ICE : 0022376410000 46 N° INPE : 091018259 Certifie que Mme, Mme, M. Hammou Abdelouahed		
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 TRITAZIDE 5/2,5 1cp/1J ou duodaspire 100 1cp/1J		
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
HTA.		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit : TRITAZIDE 5/2,5 1cp/1J cardioaspirine 100. 1cp/1J		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : CASA le 11/04/2022		
Cachet et signature du médecin traitant :		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. BELAMINE Fatima Médecin Généraliste 55, Boulevard Joulane Salmia II Sidi Othmane - Tel : 0522 28 56 23 </div>		

*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