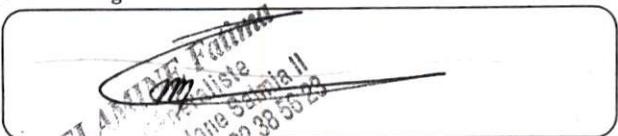


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	HANNOU Abdellouahed
Matricule :	3711
N° CIN :	3.801581
Adresse :	RESIDENCE AL MANTAR Imm. R App <sup>b</sup> 6 Avenue Fakir ANZARANE 24000 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 BELAINNE Fatima Spécialité : GENERALISTE
N° ICE :	002237641000046 N° INPE : 091018259
Certifie que M <sup>me</sup> , M <sup>me</sup> , M <sup>t</sup> HANNOU Abdellouahed	
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 Cardiaspirine 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 Cardiaspirine 100 1cp/1J	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CASABLANCA le 23/02/2023	
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