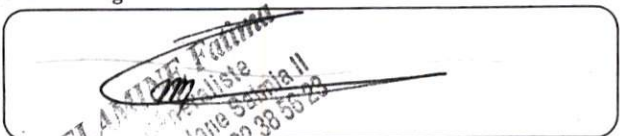


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : HANNOU Abdelwahed	
Matricule : 3711	N° CIN : B.801581
Adresse : RESIDENCE AL MANAR Imm. R App. 6 Avenue Bir 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 BELATINE Fatma Spécialité : GENERALISTE	
N° ICE : 002237641000046 N° INPE : 091018259	
Certifie que Mlle, Mme, M. : HANNOU Abdelwahed	
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 10g/15 cardioaspirine 100 10g/15	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Tritazide 5/2,5 10g/15 cardioaspirine 100 10g/15	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées