

Mlle 3478

Réf. : PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **AMHAOUCH Soumia**

Matricule : **03478** N° CIN :

Adresse : **La même.**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. 0522-506112-61135780

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Professeur en Cardiologie** Spécialité :

N° ICE : **Tel. 0522-506112-61135780** N° INPE : **91005520**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

**3 mois renouvelable
à 6 mois**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

AdCarel 16 1/2

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **20 JUL. 2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. 0522-506112-61135780



*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

Mle03478

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *AMHAOUCHI Soumia.*

Matricule : *03478* N° CIN :

Adresse : *La mén*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *DR MEHASI* Spécialité : *Pneumo.*

N° ICE : *001617882000069* N° INPE : *091111930*

Certifie que Mme, M. : *AMHAOUCHI Soumia.*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Asthme intermittent persistant.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

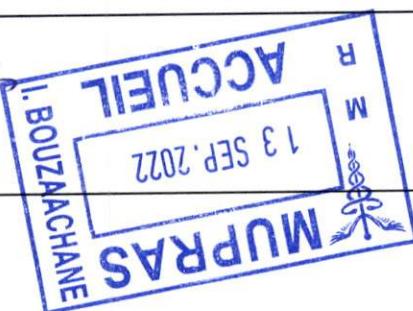
- Broncotox gelule
- Seretide
- Ventoline

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa* le *06/ Septembre 2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur MEHASI
Maladies Respiratoires, Allergies
201, Rue Mustapha El Maâdi
Casablanca Tél : 0522 22 15 00



*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