

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **Mr CHARAKAN Zahra**

Matricule : **342**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Imrane MOUATASSIM** Spécialité : **Médecin Urgences**

N° ICE : **001681749000029** N° INPE : **091168674**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **CHARAKAN Zahra.**

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

Anglorix - Tenukeox - Aspegic 100

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

HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Anglorix - Tenukeox - Aspegic 100**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **04/01/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREE
par le Ministère de la Santé
Visite Médicale - Permis de conduire
710, BD. Oued Sakhau 2, Casablanca
Tel. 05 22 40 33 27



* 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