

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 D App ^t 6 Avenue BOIR 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 : GÉNÉRALISTE
N° ICE :	0022376410000 46
N° INPE :	091018259
Certifie que Mlle, 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
<p>TRITAZIDE 5/2,5 14/15 Caudaspirine 100 14/15</p>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA.	
Dont ci-joint ordonnance :	
<p>Traitement prescrit :</p> <p>TRITAZIDE 5/2,5 14/15 Caudaspirine 100 14/15</p>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CASA le 11/04/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
<p>Dr. BELAMINE Fatima Médecin Généraliste 55, Boulevard Boulane Salmia II Sidi Othmane - Tél. 0522 38 56 23</p>	



* 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