

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	AKKAZENE Nohamed
Matricule :	1679
N° CIN :	B69260
Adresse :	lotissement Zahra Rue 8 n°1 An chok Casablanca
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr Amal EL AMRANI CARDIOLOGUE CLINIQUE CALIFORNIE 545, Bd Panoramique, Casablanca - Tél. 0522 50 80 80
N° ICE :	Spécialité : Cardiologue
N° INPE :	091152025
Certifie que Mlle, Mme, M. :	NASSERA ZOUAGH
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
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA légère.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Anelorsng 15	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Le 06/02/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
 Dr Amal EL AMRANI CARDIOLOGUE CLINIQUE CALIFORNIE 545, Bd Panoramique, Casablanca - Tél: 0522 50 80 80	
 06 FEV. 2023	

*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