

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **ESSABBAHI RHIZLANE Ep. GHANNAM**

Matricule : **1670** N° CIN : **114102**

Adresse : **16, rue Constantine HASSAN RABAT**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE : **101094738**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ESSABBAHI RHIZLANE**

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 :

**Hypertension  
HTA.**

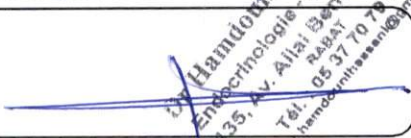
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Dimazol Pregar 10 Rozak 20  
Arlo Cardyl**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **RABAT** le **25/9/23**

Cachet et signature du médecin traitant :





En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées