

1375



Le 02-01-2024

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

| A remplir par le praticien | |
|--|---|
| Je soussigné: | Dr. BEHATE Mohamed Médecin Généraliste Lot. Al Farah Doha Inn. 19 Apt. 2 RDC Bld. Haj Patih Hay Oula Casablanca - Tél: 0522 66 08 18 |
| Certifie que Mlle, Mme, M : | <u>SADIMATE BRAHIN</u> |
| Présente | <u>Cardiopathie hypertensive</u> |
| Nécessitant un traitement d'une durée de: | <u>A VIE</u> |
| Dont ci-joint l'ordonnance: | <u>Amel 10 - Arginib 50</u> |
| (A défaut noter le traitement prescrit)..... | |

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18