

**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 : **CHARAKAN Zahra.**

Matricule : **341**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : **001681749000023**

N° INPE : **091168674**

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

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

Angloris - Tescam ou Tescor - Aspiric 100

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

HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Angloris - Tescor - Aspiric 100.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **09/01/2024**

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 Sebou Oujda-Casablanca
Tél. 05 22 90 21 22

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREE
par le Ministère de la Santé
Visite Médicale - Permis de conduire
710, BD. Oued Sebou Oujda-Casablanca
Tél. 05 22 90 21 22

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