

ASS M23
007501

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **ZEGGANI Mohamed.**

Matricule : **00450** N° CIN : **F 7432**

Adresse : **119 HAY ALWAHDA. EL ALIA - Meknès**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. RAHROUJ JACUHAR** Spécialité :

N° ICE : **Bouzachane** N° INPE : **061303898**

Certifie que Mle, Mme, M. : **Dr. RAHROUJ JACUHAR**
GSM : 06 87 92 16 58

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 :

- HTA
- Varige - céphalée - acouphée
- Dyspnée - Asthme

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Courosol 500 mg Betaser 250 mg
Cardio-Aspirine 100 mg
Dangemil 500 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **10h 00 le 16/01/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



*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