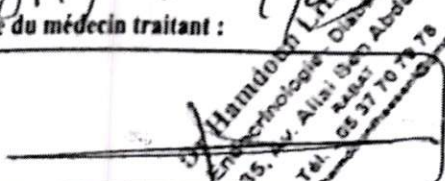




DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Form. 01
Date : 05/04/2024

Partie réservée à l'adhérent (à) ou ayant droit	
Nom et prénom :	ESSABBAHI RHIZLANE ep. GHANNAM
Matricule :	1670
Adresse :	16, rue Constantine HASSAN RABAT
Bénéficiaire de soins :	Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné :	Dr Hamdoun El Hachimi
N° ICE :	101094738
Certifie que Mlle, Mme, M. :	ESSABBAHI RHIZLANE
Nécessitant un traitement d'une durée :	3 mois Entre 3 et 6 mois 1/6
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Hypertension HTA.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Dimazole Pregar 10 Rozak 20 Arlio Cardyl	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
fait à : RABAT 25/9/2024	
Achet et signature du médecin traitant :  Dr Hamdoun El Hachimi Endocrinologue - Diabétologue 135, av. Allal Ben Abdellah Tél. : 06 37 70 78 78	

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