

8048

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *MR BENCHERIF Lidi - fâid*

Matricule : *2048*

N° CIN : *A 45930*

Adresse :

Tel : 06 61 45 37 62

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. EL KIFANI Ahmed* Spécialité :

N° ICE : *Dr. EL KIFANI Ahmed* N° INPE : *INPE : 091056705*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *82, Rue Soumaya - Casablanca*
Tél. : 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

ICE : 001748483000083

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 anciennement bien contrôlée sans traitement

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA* le *01/08/2022*

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