

2048

Réf. : PR03\_004

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MR BENCHERIF Lili - Faïd
Matricule :	2048
N° CIN :	A 45930
Adresse :	Tel : 0661453762
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. EL KIFANI Ahmed Spécialité :
N° ICE :	CARDIOLOGUE
N° INPE :	INPE : 091056705
Certifie que Mlle, Mme, M. :	82, Rue Soumaya - Casablanca Tél. : 05 22 98 72 37 ICE : 001748483000083 INPE : 091056705
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA ancienne bien contrôlée sans traitement	
Dont ci-joint ordonnance :	<input checked="" type="checkbox"/>
Traitement prescrit :	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées