

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *Rachid Ep. Demnoufi Souminger*

Matricule : *3710*      N° CIN :

Adresse : *02, Rue du Tigrane, Résidence Samia 5<sup>e</sup> ET. APPT N° 11 - MEAS SULTAN CASA*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Dr. Hind EL FILALI Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Cardiologue*      Spécialité :

N° ICE : *120, Bd. My Idriss 1er- Résidence My Idriss*  
*2ème Etage - N° 4 CASABLANCA*  
*Tel: 0522 86 20 74 Fax: 0522 86 20 76*

N° INPE : *INPE: 091169466*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Rachid Ep. Demnoufi Souminger*

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 :

*Hypertension Artérielle*



Dont ci-joint ordonnance :

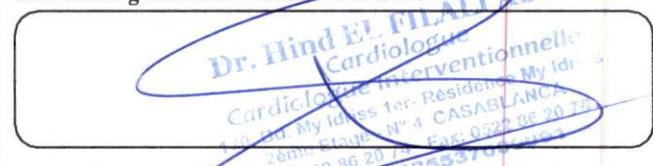
Traitements prescrits :

*Natriuretin 5/1,5mg*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca le 13/09/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois