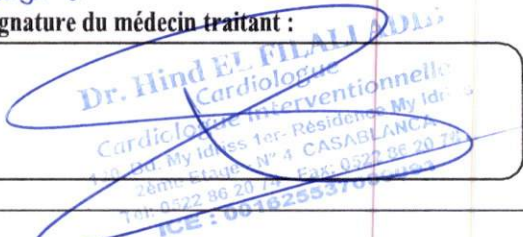


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Rachid Ep. Sennoufi Souminger.
Matricule :	3710
N° CIN :	
Adresse :	02, RUE DU TIGRE, RESIDENCE SAMIA 5 ^{ème} ET. APP'T N° 11 - MEER SULTAN CASAB
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. Hind EL FILALI Cardiologue Cardiologue Interventionnelle
N° ICE :	120, Bd. My Idriss 1er- Résidence My Idriss 2ème Etage - N° 4 CASABLANCA Tél: 0522 86 20 78 Fax: 0522 86 20 78
N° INPE :	INPE: 091169466
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Rachid Ep. Sennoufi Souminger.
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Hypertension Artérielle	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Nafrixam 5/15mg.	
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