

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **MR BENCHERIF sidi - said**

Matricule : **2048** N° CIN : **A 45930**

Adresse :
Tel 0661453762

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : **Dr. EL KIFANI Ahmed**
CARDIOLOGUE

N° ICE : **ICE : 001748483000083**

N° INPE :
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél. : 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

Certifie que M^{me}, M^{me}, M. : **BENCHERIF SIDI SAID**

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

Dont ci-joint ordonnance : **X**

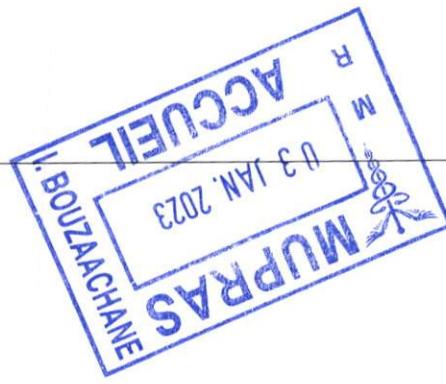
Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **20/12/2012**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél. : 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705



*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