

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

Matricule : 2009

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

**Dr. EL KIFANI Ahmed**

N° ICE : INPE : 091056705

ICE : 001748483000083

N° INPE :

**CARDIOLOGUE**  
82, Rue Soumaya - Casablanca

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BENCHERIF AMINA**

Tél. : 05 22 98 72 37  
ICE : 001748483000083  
INPE : 091056705

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 :

Traitement prescrit :

**EXFORGE 160/5mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **25/04/2023**

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 garantit la confidentialité des informations communiquées