

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

CARDIOLOGUE

82, Rue Soumaya - Casablanca

Tél. : 05 22 98 72 37

ICE : 001748483000083

INPE : 091056705

N° ICE : **INPE : 091056705**

ICE : 001748483000083 INPE :

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

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 :

Traitements prescrits :

EXFORTE 160/150mg

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 garantie la confidentialité des informations communiquées