

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **BENKIRANE FAWZIA**

Matricule : **4656**

N° CIN : **B117731**

Adresse : **304, Bd Zerkouni - CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : **00168415200041**

N° INPE : **91129601**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 + Dyslipémie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Aesha - Kadejin 75 - Colmep 80/125

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Ahmed SETTI
Rés. Jassim, Casablanca
(Rue de la Fore Alim) 1er Etage
Tél. 05 22 08 88 88 - 05 22 08 88 88
CASABLANCA



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées