

**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 : **MR IBRAHIM Mohamed**
Matricule : **0750** N° CIN : **B390739**
Adresse : **47 MUSTOPHANE MOUJABETI - GOUTIER CASAB**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Professeur Ahmed BENNIS** Spécialité : **Cardiologie**
N° ICE : **05 22 25 36 00** N° INPE : **091026551**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **IBRAHIM Mohamed**
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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Cardiologie 215 - spruel
Phlébo**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Csa**

le **17/09/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
99 Rue Kadilass Maarif - Casablanca
Tel : 05 22 25 36 00



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