



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALIDE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : HAILWA Abdellmanni

Matricule : 06 938 N° CIN : B 579 157

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr Ahmed BENNIS Spécialité : Cardiologue

N° ICE : 00 17 09 72 4 0000 43 N° INPE : 09 102 659 1

Certifie que Mlle, Mme, M. : HAILWA Abdellmanni

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
Syndrome Agree du Sommeil

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Hytecan 8/12, (g 1),

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CAM le 13/11/2014

Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi Ladda 55 92 11
Casablanca

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