

**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 :

BENCHERIF Amira Née FASSIL

Matricule :

2009

N° CIN :

B 134 196

Adresse :

Habituelle

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

**Dr. EL KIFANI Ahmed**  
**CARDIOLOGUE**

N° ICE :

ICE : 001748483000083

N° INPE :

82, Rue Soumaya - Casablanca

Tél. : 05 22 98 72 37

Certifie que M<sup>lle</sup>, Mme, M. :

BENCHERIF Amira

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 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CASA

le 11/03/2024

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

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