

**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 BENCHERIF Sidi - Saïd**
Matricule : **2048** N° CIN : **A 45930**
Adresse : **GSM 0661453762**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Dr. EL KIFANI Ahmed**
CARDIOLOGUE
N° ICE : N° INPE : **82, Rue Soumaya - Casablanca**
Tél. : 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

Certifie que ~~Mlle, Mme, M.~~ **BENCHERIF Sidi SAÏD**

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 au stade bien contrôlée sans traitement

Dont ci-joint ordonnance : **X**

Traitement prescrit : **SULLIAT 80/5mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CAOA** le **01/04/2024**

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