

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 Mme, Mme, M. : *BENCHERIF Sidi SAID*
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 niveau des artères des membres
Dont ci-joint ordonnance :
Traitement prescrit :
SULIAT 800mg
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : *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 garantie la confidentialité des informations communiquées

