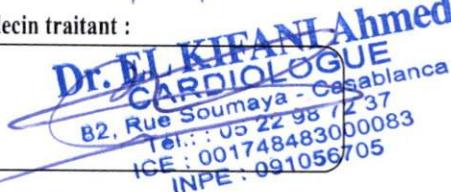


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MR BENCHERIF sidi - said
Matricule :	2048
N° CIN :	A 45930
Adresse :	GSM 0661453762
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 Mlle, Mme, M. :	BENCHERIF SIDI SAID ICE : 001748483000083 INPE : 091056705
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
EXROGE 80/15 mg ou SULIAT 80/15 mg	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CASA le 15/08/2023	
Cachet et signature du médecin traitant :	
 Dr. EL KIFANI Ahmed CARDIOLOGUE B2, Rue Soumaya - Casablanca Tél. : 05 22 98 72 37 ICE : 001748483000083 INPE : 091056705	
 MUPRAS M 07 OCT. 2023 R ACCUEIL I. BOUZAACHANE	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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