

## 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 :  | A45930  |
| Adresse :   | GSM 06 61453762   |
| Bénéficiaire de soins :   | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant  |
| Partie réservée au médecin traitant   |   |
| Je soussigne :  | Spécialité : <b>Dr. EL KIFANI Ahmed</b><br><b>CARDIOLOGUE</b>   |
| N° ICE :  | ICE : 001748483000083   |
| N° INPE :   | 82, Rue Soumaya - Casablanca<br>Tél. : 05 22 98 72 37<br>ICE : 001748483000083<br>INPE : 091056705  |
| Certifie que Mlle, Mme, M. :  | BENCHERIF SIDI SAID   |
| 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 : |   |
| H/TA  |   |
| Dont ci-joint ordonnance :  |   |
| Traitement prescrit :   |   |
| EXRGE 80/15mg<br>OU SULTAT 80/5mg   |   |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables  |   |
| Fait à :  | CASA le 15/05/2023  |
| Cachet et signature du médecin traitant :   | <br><b>Dr. EL KIFANI Ahmed</b><br><b>CARDIOLOGUE</b><br>82, Rue Soumaya - Casablanca<br>Tél. : 05 22 98 72 37<br>ICE : 001748483000083<br>INPE : 091056705 |

INPE : 091056705



\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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