

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **SEBBATAI Abdelhadjine**

Matricule : **3523** N° CIN : **A 20 820**

Adresse : **25, Rue Abu Youssef El Mezdaghi - A.B - Casablanca**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Chadia BENCHEKROUN** Spécialité : **Cardiologue**

N° ICE : **40 INP : 091 021 065** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SEBBATAI Abdelhadjine**

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 :

D - HTA
D - SUPFÉRIEUR (AVANTAGE)
D - Thrombose de la Cuisse droite Gauche

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Orteneur 6-Feuille

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Centre MUPRAS** le **25 Août 2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Chadia BENCHEKROUN
63, Bd d'Anta, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 349 / 0522 29 4171



*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