

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 : *MESSAOUDI Thalima Souadie*

Matricule : *1507* N° CIN :

Adresse : *32, Rue Léonard de Vinci Bâtiment maison
Casa*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Dr. EL KIFANI Ahmed**

N° ICE : **ICE : 001748483000083** N° INPE : **INPE : 091056705** N° INPE : **82, Rue Soumaya - Casablanca**

Certifie que Mlle, Mme, M. : Tél. : 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

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 / Oedème

Dont ci-joint ordonnance :

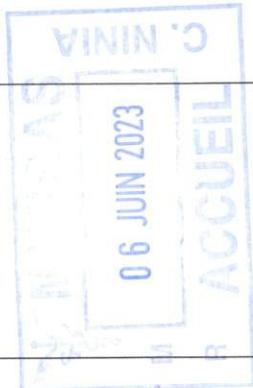
Traitements prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CAZA* le *02/06/2023*

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