

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

N° 164317

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

Nom et prénom : **Benjeloun Zehra**

Matricule : **07943**

N° CIN : **B396321**

Adresse : **113 Rue El Foulat Tazrif Casablanca**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR. HORRAT Noureddine** Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **INPE:091075739**

Certifie que Mlle, Mme, M. **Benjeloun Zehra**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

HTA

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

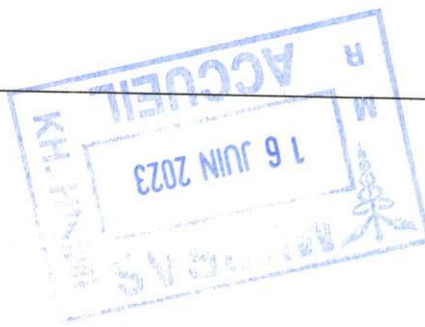
Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **15** / **JUN** / **2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. HORRAT Noureddine
Médecin Généraliste
Médecin Agée Permis Conduire
51, Rue Ibnou Maârif - Casablanca
Tél: 06 22 25 81 62



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