



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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom :

**BOUDOU FAROUR**

Matricule :

**1654**

N° CIN : **B 410 173**

Adresse :

**8 rue passe TAHA HOUCINE GHAUTIER CASA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Dr BENCHEKROUN DRISS**

**Cardiologue Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : RÉS. BEN OMRAN 1000 151 MUPRAS - MM 459  
MĀRIF - CASABLANCA Tél. : 05.22.25.06.05 / 05.22.23.22.57

Spécialité :

N° ICE :

**INPE N° : 091021618**

N° INPE : **INPE N° : 091021618**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Boudou Farouk**

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

**Afrovar 150/5 14/1**  
**Candesespine 100 14/1**  
**Fomevar 20 14/1**

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

**H.T.A.**  
**Arthros. de rnis inférieurs.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le / **02/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



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