



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 : **BOUDOU FAROUK**
Matricule : **1654** N° CIN : **B410173**
Adresse : **8 impasse TAHA HOUCINE GHAUTIER CASA**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Dr BENCHEKROUN DRISS

Cardiologue

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **M. BOUDOU FAROUK** Spécialité :
RÉS. BEN OUKA - RUE ISHAPASS - IMM 453
M. AARIF - CASABLANCA - Tél : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.57
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

Après 15/5/19
Caudespure 100 14/1
Pommes de 10 14/1

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

H.T.A.
Arterio-sclérose des artères

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le : **02/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS. BEN OUKA - RUE ISHAPASS - IMM 453
M. AARIF - CASABLANCA - Tél : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.57
INPE N° : 091021618



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