

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

Nom et prénom :

*BACHRY Mostafa*

*93U3*

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. SRAIRI Abdeslam**

Spécialité :

**Pr. SRAIRI Abdeslam**

**CARDIOLOGUE**

N° ICE :

**4, Rue Abdelkader Mouftar**  
(Ex. Clemenceau) - Casablanca

N° INPE :

**CARDIOLOGUE**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*BACHRY Mostafa*

091131367

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 depuis 2005  
hypertension dys 2005*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Avlodip, Cardiopasine  
ID NORD*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *MAP* le *06/09/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. SRAIRI Abdeslam**  
**CARDIOLOGUE**  
**4, Rue Abdelkader Mouftar**  
(Ex. Clemenceau) - Casablanca

**Pr. SRAIRI Abdeslam**  
**CARDIOLOGUE**  
091131367

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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

