

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

Nom et prénom : LAHLOU - FILALI Abderrahmane

Matricule : 056

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr LAABI

Spécialité :

Cardiologue

N° ICE :

N° INPE : 091166983

Certifie que Mlle, Mme, M. : LAHLOU FILALI ABDELLAH

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

HFA chronique hotel depuis
3 mois.

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

G CR FTT .

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

G ordonance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 29/11/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. M. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBU 9^e, Angle Bd Dr Anzara et
Rue Casablanca (Bureau de Agence INW)
Quartier Maârif Casablanca
Tél. 0522-20-20-88 - Fax: 0522-22-99-20-87

*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

