

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

Nom et prénom : **LAHLOU - FILALI Abderrahmane**

Matricule : **956**

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 Abderrahmane**

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

HFA chronique hospitalisée depuis 30 ans.

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

cf CR ET.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **cf ordonnance**

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. R.P.H. "O", Agglo. Bd. Sir Anzarane
Rue Lalla Aïcha - Agence (H.V.I.)
Quartier Maarif - Casablanca
Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 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 garantit la confidentialité des informations communiquées