

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

Nom et prénom : **EL ARRABI TOUFIK Abdelilah**
Matricule : **3183** N° CIN : **B155049**
Adresse : **VILLA 7 Lotissement TOURIA BOUKOURA CENTRE**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **S CHAI Mohammed** Spécialité : **Cardiologue**
N° ICE : N° INPE : **031040097**
Certifie que Mlle, Mme, M. :
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 :

cardiopathie ischémique
AOA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **luzar 1/1** **peran 50 1/1**
plavix 1/1 **cardioaspirine 1/1**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le **5/01/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :


Dr Mohammed S. CHAI
05 22 78 15 15
05 22 78 15 15
05 22 78 15 15



* 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