

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

 Nom et prénom : *Hessane Aichaoui*

 Matricule : *2078*

 N° CIN : *B 286550*

Adresse :

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

*Professeur CHAIBI Said
Cardiologue
Abdelmoumen et Annabé
Tél: 05 24 80 00 40 - 05 24 80 00 46*
Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE :

 N° INPE : *INP : 091026674*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Hessane Aichaoui

 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 :

*Hypertension - Hypertension - le suis me
souffrant de crampes.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Twinick 30/5 - Aspofe 400 -
Talior 10.*

 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables *24 JAN. 2023*

 Fait à : *Casablanca* le / /

Cachet et signature du médecin traitant :



*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