

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

Nom et prénom : *Ali Mokhtar*

Matricule : *1042*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

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 :

infarctus Coro + HTA

Document joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*ASKARDIL 75 mg - LD-oral 10 mg - fibrocav 200 mg
Ibph 300 mg*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Carthage* le *21/11/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France
Ville Oaas
Casablanca
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

MUPRAS
07 FEV. 2023
ACCUEIL
Bouzaachane

*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

