

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

Nom et prénom : **BENDOUA HASSAN**

Matricule : **10366** N° CIN : **B71526**

Adresse : **LOT. IKHAM, Rue 7. N° 57. M.M. CASA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. HOUARI Chayma** Spécialité : **Cardiologue**

N° ICE : **CARDIOLOGUE** N° INPE : **091204834**

Certifie que Mlle, M. **BENDOUA HASSAN**

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 :

**Diabète + Anger stroke.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Aspirine - vernal.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **24 MAR 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. HOUARI Chayma**  
**CARDIOLOGUE**  
Lotissement EL Oulla, Bd Oued Oum Rab  
C.P. N° 37, 1er étage - Casablanca  
Tél. : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 64 47



\* 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