

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

Nom et prénom : *Chajia Mohamed*

Matricule : *2617* N° CIN :

Adresse :

RES TWIN BY ABDEL NOUEN N° 245 APP 13C CASA.

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *DR MIR Hassane* Spécialité : *Cardiologue*

N° ICE : *001681720000* N° INPE : *091113209*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Chajia Mohamed*

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 :

Maladie coronaire, HTA, Diabète

Dont ci-joint ordonnance :

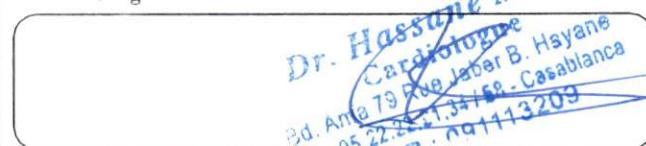
Traitements prescrits :

cf ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *04/04/2022*

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