

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

Nom et prénom : *5323*

Matricule : *ABOUDOU Rachel*

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Docteur Ghislaine CHERKAUI
CARDIOLOGUE

Bd Bourgogne Angle Rue Wakt
Résidence Annakhil II
App. N°1 Kd 1000 Casablanca
Tél : 0522-22-78-15

N° CIN :



Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *ABOUDOU Rachel*

Spécialité : *Cardiologie*

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *ABOUDOU Rachel*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

longue dura'

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

sympathis neurosensibles de l'HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Coveram 10/15 mg 1-0-0
Cevlor 5 mg 0-0-1
Zyloprim 10 mg 0-0-1*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CSA* le *10/03/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Ghislaine CHERKAUI
CARDIOLOGUE
Bd Bourgogne Angle Rue Wakt
Résidence Annakhil II
App. N°1 Kd 1000 Casablanca
Tél : 0522-22-78-15



*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