

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

Nom et prénom : **OUAHRI MOHAMMED**
Matricule : **7913** N° CIN : **A 16631**
Adresse : **IM. 059 - BOULEVARD MOHAMMED V - Apt 4 - CASABLANCA**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : **Dr. Tazi Mohammed** Spécialité : **Médecine Générale**
N° ICE : **001133736** N° INPE : **INPE : 091133736**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Ouahri 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 :

DI2 + HTA + trouble rythme cardiaque

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Propranolol 300/10, Cardemol T, Eliquis, Apretin, Lantus, selb**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **31/07/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Tazi Mohammed
175, Rue Bouzarjane - Casablanca
Tél : 05 22 26 00 87



* 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