

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

Nom et prénom : **OUAHRI MOHAMED**

Matricule : **7813** N° CIN : **A 16631**

Adresse : **IM. 059 - Bd GOUVERNEMENT - 80pt - 4 - CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Docteur TAHIRI MOHAMED** Spécialité : **Médecin généraliste**

N° ICE : **175 Rue Bouziraa Casablanca** N° INPE : **INPE : 091133736**

Certifie que Mme, 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 :**

**DS + HTA + troubles rythme cardiaque**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Provare 300mg, Cardenal 5, Elgiris, Aptora, Lantus, sebo**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à **Ben bleur** le **03 AOUT 2023**

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