

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

Nom et prénom : **CHAOUF Lahcen**

Matricule : **1729**

N° CIN : **B 44 280**

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **DR. KHAY Khadija** Spécialité : **- Cardiologie**

N° ICE :

N° INPE : **0522 458**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **CHAOUF Lahcen**

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 :**

- Cardiopathie ischémique avec angioplastie coronaire
- HTA

Dont ci-joint ordonnance :

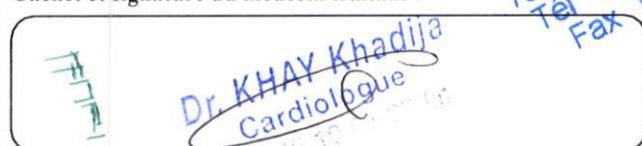
Traitement prescrit :	- Antor 5 mg	- Cardix 6,25 mg
	- Cardioaspirine 100	- Estanorm 10 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa**

le **10/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



**MOROCCAN HEART INSTITUTE**  
780 Impasse MODIBO KEITA  
Tél 0522 85 00 11 / 12  
Fax 0522 83 85 00

**10/05/2023**

**PHARMACIE BEN M'SICK**  
Dr. M'hamed BOUZIANE  
182-184 Hay Salama 3 Casablanca - 20.700  
Tel: 0522 37 01 25 - Fax: 0522 59 58 77

\*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