

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

Nom et prénom : **CHAOUF Lahcen**

Matricule : **1729**

N° CIN : **B 44 2 80 .**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☒ Conjoint ☒ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

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

N° ICE :

N° INPE : **23001458**

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 : **- Amlor 5 mg - Cardix 6,25 mg**  
**- Cardioaspirine 100 - statin 10 mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa**

le **10/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**DR. KHAY Khadija**  
**Cardiologue**

**MOROCCAN HEART INSTITUTE**  
780 Impasse MOULOUDI KEITA  
Tél : 05 22 85 00 11 / 12  
Fax : 05 22 83 85 00

**PHARMACIE BEN M'SICK**  
Dr. Mohamed BOUZIANE  
Hay salama 3 Casablanca - 20700  
Tél : 0522 37-01-25 - Fax : 0522 59-55-77

\* 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