

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

**Nom et prénom :**

*Salih Ahmed*

**Matricule :**

*3535*

**N° CIN :**

*B 307013*

**Adresse :**

*Lot Hay Fath 182, Rue 6 Oulfa El Aya*

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Dr. NAOUR Oumaima**

**Cardiologue**

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :** *257, Av Aba Shouaib Doukkali*  
1er étage, N°1, Hay El Farah

**Spécialité :** *Cardiologie*

**N° ICE :** *Casablanca - Tel: 05 22 80 10 15*

**N° INPE :** *091258483*

**Certifie que Mlle, Mme, M. :** *Salih Ahmed*

**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 :**

*- Age = 66 ans - Suivi pour hypertension artérielle -  
- ECG = RRS / Bloc de branche droit complet  
- (III) : lovastat 10/10 mg = 1cp/j*

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitements prescrit :**

*1) lovastat 10/10 mg = 1cp/j.*

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

**Fait à :** *Casablanca le 27/07/2023*

**Cachet et signature du médecin traitant :**

**Dr. NAOUR Oumaima**

**Cardiologue**

*257, Av Aba Shouaib Doukkali  
1er étage, N°1, Hay El Farah  
Casablanca - Tel: 05 22 80 10 15*



**En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées**