

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

Nom et prénom : **Belabbes K. BOUJIL**

Matricule : **1490**

N° CIN : **B49958**

Adresse : **635 Rue Goumima APT 9 CASA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **091191502**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Belabbes Fatima**

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 :

**HTA DMLD Dyslipidémie**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Aperis Ruxel 16 Cordilactin  
TARTEG 160 Hyper 1**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **08/01/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. M. BOUZOUBA**  
**CARDIOLOGUE**  
13, Bd. du Taoujate (en face Clinique Badr)  
Rég. Ill. N° 15 - Bourgoane - Casablanca



\* 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