

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

Nom et prénom : **Mr BAROUTI Mohammed FOHAD**
Matricule : **1464** N° CIN : **B 117713**
Adresse : **2 Rue Jabrane Khalil Jabrane - Av. Allal Ben Abdellah - FES**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. RAISS Zakaria** Spécialité : **Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires**
N° ICE : **Alt Skatou, Av. Ibn Zaydoun, B. AL HAKIM - FES** N° INPE : **Urgences : 0684 880 880 - Tél : 05 35 61 20 64**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **BAROUTI MOHAMMED** **41257329**
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 grade III (166/88) sous TM 25 mg.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

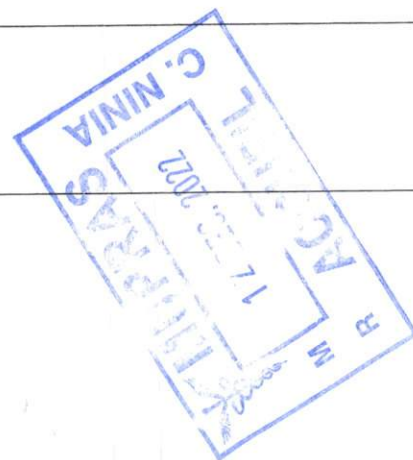
Atenol 515 g.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Fes** le **02/05/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. RAISS Zakaria
Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires
Alt Skatou, Av. Ibn Zaydoun, B. AL HAKIM - FES
Urgences : 0684 880 880 - Tél : 05 35 61 20 64



*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