

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**
**Nom et prénom :** CHOUAÏBI MOSTAFA

**Matricule :** 04802

**N° CIN :** B 25788

**Adresse :** HAY WALAA FM21 NIR11 TR18 SECT02  
SIDI MOUHEN CASA

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**
**Je soussigne** DR. HAFDI KARIM **Spécialité :** Cardiologue

**N° ICE :** 0250 **N° INPE :** 0250

**Certifie que Mlle, Mme, M. :**
**Nécessitant un traitement d'une durée :**  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

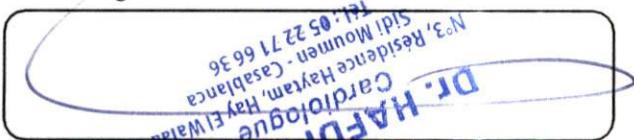
**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

Céphalee + Acouphèses ; Hypertension

**Dont ci-joint ordonnance :**
**Traitements prescrits :**

- 1) Co-droxwel 50mg - 100mg - 200mg
- 2) Doptane 300mg - 180mg

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**
**Fait à :** Casablanca **le** 01/05/2023

**Cachet et signature du médecin traitant :**

**\*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.**
