

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

Nom et prénom : **CHAHIT**

**Abdelghani**

Matricule : **8163**

N° CIN :

**BH68964**

Adresse : **56, Hay Tchagħidha Rue 18 CID LARA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité : **Dr. CHAHI Abdelghani**

N° ICE : **ICE : 001712637000050**

N° INPE : **Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N° 1 - 1<sup>er</sup> Etage.**

**Casablanca - Tel : 05 22 52 05 05**

**E-mail : 091017202**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **CHAHIT** **Abdelghani**

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 :

**LTA** **Hyp**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**Amiodrine 2mg Decutal 1/2**  
**Cetofrane 1%**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **03 MARS 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. CHAHI Abdelghani**  
**Maladies du Coeur et des Vaissaux**  
**Angle Bd. Panoramique et Bd. 2**  
**Mars Andalous 3 Rue 14 N° 1**  
**Casablanca - Tel : 05 22 52 05 05**

\* 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