

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

Nom et prénom :

Khalid Mahane

Matricule :

1004

N° CIN :

Adresse :

Rue 57 n° 25 Jaurès 5. Casablanca

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

0910087A

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 :

HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Subit 8011 / Zyloric 20mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca

le

22/02/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. MOHAMMED ALAOU
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA OASIS
20 Rue de France Ville Oas-Casa
Tél: 05 22 98 07 06 Fax: 05 22 98 83 25



* 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

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

Nom et prénom : **HALIDI MOHAMED**

Matricule : **1004**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **091008771**

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 :

coronar et HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Aspirine 100 - Cardio aspirine 100 - carvedilol - Adalcan 10 - carvedilol 75mg
cardenal - Flotral - Rogat long - insuline 20 - Elcarbon - monoprost**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **08/03/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Mohamed ALLAOUI
Cardiologue
20 Rue France Ville - Oasis
Casablanca - Tél: 0522 98 07 06



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

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

Nom et prénom : **KHALIDI MOHAMED**

Matricule : **1004**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Khalidi Mohamed**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

11 mois

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

Cardiopathie isémique

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Lexabean 11 + Cardiospirine
Couvan 10/r + Adalcor + Coronal 2r
Euflexin 20 + Aladelx LP**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **17/3 MARS 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Mohamed EL KHAYAT
Spécialiste des Maladies
Vasculaires et de l'Hypertension
1, Rue 4, And El Jadid, et 5, Rue Ouediz
1er Etage - Tél/Fax : 0522 59 59 80 - Casa

MUPRAS
23 MAR. 2023
ACCUEIL
I. BOUZAACHANE

*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