

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

Nom et prénom :

Khalid Ben Abdellah

Matricule :

1004

N° CIN :

Adresse :

Rue 57 n° 25 Jamsa Sidiyaga Casablanca

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA OASIS  
20 Rue de France Ville Oasis-Casa  
Tél: 05 22 98 07 06 Fax: 05 22 98 83 25

Spécialité :

N° ICE :

Tel: 05 22 98 07 06

N° INPE : 09100160

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 :

Traitements prescrits :

Suliat 80's / Zyprexa 20 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 22/02/2023

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 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 : **20 Rue France Ville - Oasis** N° INPE : **051008771**

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 :

*Coronarien + HTA*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Pefabut 15 mg - Cardio aspirine 100 - Coviam 100 - Adacando - canat 75 mg  
cardiaque - Flotard - Fogat 10 mg - Insulin 20 - Ecarban - monoprot*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **23 / 03 / 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*

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

Nom et prénom : **RHALIDI 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. :

**Rhalidi 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 ischémique**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : **des cabem 15 + Cardiosprint 10  
Cevan 10/10 + Adancor + Coro stat 20  
Futien 20 + Aladex 10**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa le 11/03/2023**

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