

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

Nom et prénom : **HAITI MOHAMED**

Matricule : **8462** N° CIN : **B578379**

Adresse : **Habituelle.**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Khalid ADNAN**
CARTIOLOGUE

Spécialité :

*Dr. KHALID ADNAN
CARTIOLOGUE
254 AV MED BOUZIANE SALAMA III
SIDI OTHMANE - CASABLANCA
TEL: 0522 55 41 08*

N° ICE : **254 Av Med. Bouziane Salem III**
Sidi Othmane - Casablanca

N° INPE : **091002725**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **HAITI Med**

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 :

*HTN - avec AIT. en février 2023
PA initiale = 170/85 mmHg -*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : **Aprovel 110 mg - Askendil 25 - Tonvalen**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **caja** le **09/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. KHALID ADNAN
CARTIOLOGUE
254 AV MED BOUZIANE SALAMA III
SIDI OTHMANE - CASABLANCA
TEL: 0522 55 41 08*

*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