

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

Nom et prénom : *Khalid. T*

Matricule : *1004* N° CIN : *B 63834*

Adresse : *Rue S. Ben El Gammal 5 - 1000 Casablanca*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr ALLAOUI Mohamed* Spécialité :

N° ICE : *091008771*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Khalid. T*

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 :

Convalescent + HTA.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

4 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Chs* le *23/05/2023*

Cachet et signature du médecin traitant

Dr ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06-Fax: 0522 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 garantie la confidentialité des informations communiquées