

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

Nom et prénom : *Hilmi laïla.*

Matricule : *7617*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *Dr. Mohamed Mehdi ALAOUI* Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Spécialité :

N° ICE : *Lot Moulay Thami, N° 141 Bd. Hiv 2 E9* N° INPE :

**Dr. MOHAMED MEHDI ALAOUI**  
SPECIALISTE DES MALADIES DU COEUR  
ET DES VAISSEAUX

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

*09117 Avie*

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

*Cardio II / Mit Severe / NC I*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Perent: 80 / Can Hoff 1000 / Atel 1000 /  
Aldat 100 / Rofet 100.*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

*02 JUN 2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. Mohamed Mehdi ALAOUI*  
Spécialiste des Maladies du Coeur  
et des Vaisseaux

\*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

