

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

Nom et prénom : Fassi Fihri Maria

Matricule : 735

N° CIN : B 367854

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

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 :

Coronary artery disease (CAD) en 2022
Drolete

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Aspirine - Clopidogrel 75/100 - Crestor.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 31/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Zohair Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd. Brahim Roudani
Madrif - Casablanca



* 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