

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

**Nom et prénom :**

**Matricule :** 2317

**N° CIN :**

**Adresse :**

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

61, Rue Al Foutarate Res. Bemaben  
67, Rue Al Foutarate Res. Bemaben  
Je soussigne *El GUADI Yamina* **Partie réservée au médecin traitant**  
N° ICE : *Dr. Hajar Guenouni* Spécialité : *Cardiologue*

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 Gr III*

**Dont ci-joint ordonnance :**

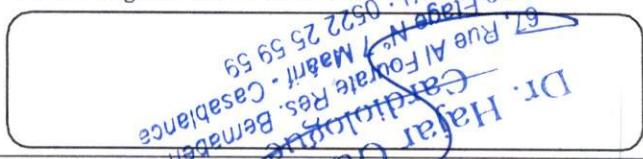
**Traitement prescrit :**

*Aprovasc, Tenormine, Rhindex*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA* le *28/05/23*

**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

