

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

Nom et prénom :

Matricule :

2317

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Je soussigné :

Spécialité :

Cardiologue

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Dr. Hajar Guennoui

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

29/05/23

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Hajar Guennoui  
Cardiologue  
67, Rue Al Fourate Res. Bernabé  
4ème Etage N° 7 Masrati - Casablanca  
Tél : 0522 25 59 59

\* 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

