

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

Nom et prénom : *M. MABROUR Mohamed*

Matricule : *4699*

N° CIN : *B205039*

Adresse : *Lot. ETTADAMOUN, RUE S N° 34 OALFA CASABLANCA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. EL MAKHLOUF Ali*
Professeur Agrégé Cardiologie

Spécialité :

N° ICE : *5, Rue Med. Abdouh - Casa*

N° INPE : *091057851*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Mme MOUZABI NAIMA EPOUSE MABROUR*

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 :

H1-TA - Dardig

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

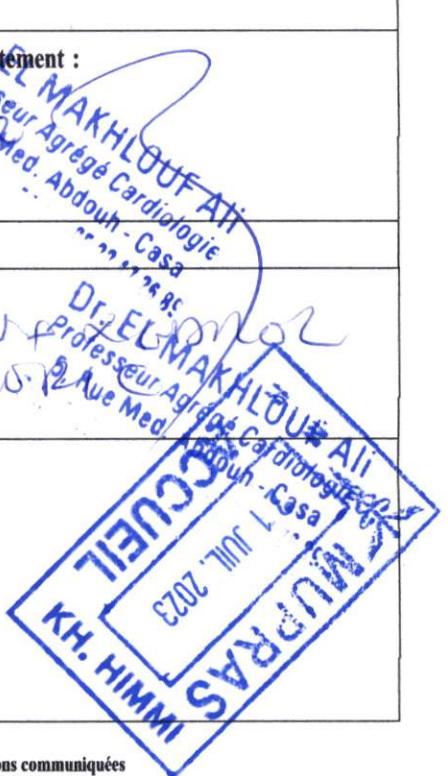
*LASILIX + AL DACTONIG + CORAZAN +
+ KAROGALIC + FORXIGA + Zeris. 12 Rue Med. Abdouh - Casa*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Cardiologue le 18/07/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa*



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées