

Mlle
944

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

Nom et prénom :

Habibouy Abdeloujid

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Le consultant :

Spécialité :

N° INPE :

N° INPE :

Genre que Mlle, Mme, M. :

Présentant 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 et ACFA

Intégrité honorance :

Prescription :

Anginub 50 1/2 - Caudonac 1/2
Xarelto 15 1/2 - Tomoka 1/2

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd. Ibn Rachefine et Adraa
El Mourakouchi 3ème Etage N° 5
Casablanca - Tél: 0522 61 11 33

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 03-01 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées