

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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Prescrit par :

Spécialité :

N° INPE :

N° INPE :

Quel est le sexe du patient, Mlle, Mme, M. :

Malade sous traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Préciser les éléments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA et ACFA

Intitulé de la consultation :

Prescription :

Angiotensin 50 1/2 - Cardonox 15 1/2  
Xarelto 15 1/2 - Toradol 15 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 Rachidine et Adraa  
El Mouriskouchi 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