

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

Nom et prénom : **SERBATA Abdelhamine**

Matricule : **3573** N° CIN : **A 20 820**

Adresse : **25, rue Abou Youssef El Mezdaoui - Ain Boudia. Casablanca**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SERBATA Abdelhamine**

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 :

1- BSW blanc Ca mme. en. 5W x Angioplastie + stents  
4 - HTA  
3 - Thrombose à la crosse veineuse

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **un à donner à la fois**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **16/10/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Chadia BENCHEROUN**  
CARDIOLOGUE  
63, Bd. d'Angle Rue Washington - Casablanca  
Tel/Fax : 0522 29 73 49 / 0522 29 41 71



\* 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