

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

Nom et prénom : **BEN ABDALLAH · JAMAL**

Matricule : **5145** N° CIN : **B 527806**

Adresse : **4312 LOT ELOUAFIA DEROUA BERRECHID**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **DR HONMAT** Spécialité :

N° ICE : **INPE:091075739**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BEN ABDALLAH · JAMAL**

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

**AVC depuis 2014**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**Micardis 16  
- Telox 10  
- Cadexalda**

**DR HONMAT Noureddine  
Médecine Générale  
Médecin Agréé Permis Conduire  
51 Rue Bouskoura Nafia Maârif Casablanca  
Tél : 05 22 75 11 82**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **10 JAN 2024**

Cachet et signature du médecin traitant



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