

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

Nom et prénom : **HARCHACHE**

**EL MAACHI**

Matricule : **2516**

N° CIN : **3 53804**

Adresse :

**Hay HASSANI, Bloc 102 N° 20 DREAM CASA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

**Dr. EL KIFANI Ahmed**

N° ICE : **ICE : 001748483000083**

N° INPE :

**CARDIOLOGUE**

**82, Rue Soumaya - Casablanca**

Tél. : 05 22 98 72 37

ICE : **001748483000083**

INPE : **091056705**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **HARCHACHE ELMAACHI**

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 :

**Coronopathie stable ORTHA**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : **CORONAT 25mg**  
**CardioAspirine 100mg**  
**Asmep 5mg**  
**TORVIL 10mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CHIA** le **22/01/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. EL KIFANI Ahmed**  
**CARDIOLOGUE**  
**82, Rue Soumaya - Casablanca**  
**Tél. : 05 22 98 72 37**  
**ICE : 001748483000083**  
**INPE : 091056705**

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

