

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

**Nom et prénom :** Abdelhak Mohamed

**Matricule :** 2932 **N° CIN :** B 50858

**Adresse :** 89 Rue 6 HTAY EL ACHAT 1 EL OULFA/CASABLANCA.

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :** M. B ELKEBIR Khadija **Spécialité :** M. G

**N° ICE :** 27 N° 94 El Alla **N° INPE :** 09 1018895

**Certifie que Mlle, Mme, M. :** AMCHIA HOURIA

**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 :**

→ Syndrome de TAKAYASU  
- HTA  
- Syndrome

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitements prescrits :**

Glicyclique 1000  
Amiodarone  
Coenzyme 5-g

Azathioprine 250  
IPanid 75  
cordarone 200  
AMER 5-g Simvastato  
Digoxine Taxid

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

**Fait à :** Casa **le** 29/05/2024

**Cachet et signature du médecin traitant :**



\*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