

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

Nom et prénom : **MESSAOUDI Halima Sandia**
Matricule : **1507** N° CIN :
Adresse : **38, Rue Leonard de Vinci Bd Abdelmoumen Casa**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Dr. EL KIFANI Ahmed**
CARDIOLOGUE
N° ICE : **ICE : 001748483000083** INPE : **091056705** N° INPE : **82, Rue Soumaya - Casablanca**
Tél. : **05 22 98 72 37**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **ICE : 001748483000083**
INPE : 091056705
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 :

HTA / DM2

Dont ci-joint ordonnance : ☒

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **02/06/2023**

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 garantit la confidentialité des informations communiquées