

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

Nom et prénom : **RAM RAM QHAFAT**
Matricule : **1196** N° CIN : **B116 475**
Adresse : **Cité MARRAKESH ESSAMDAI No 225 Casa**
Bénéficiaire de soins : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR. ALLOUT MOHAMMED** Spécialité : **CARDIOLOGIE**
N° ICE : **091008771** N° INPE : **091008771**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **MARTAH SAADIA**
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 :

- Cœur 75/100 - LD - NOR 2023 - ESDC 2023 - Vitamine D F

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Longue durée

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **14/6/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

