

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

Nom et prénom : **RAM RAM QMAFAI**
 Matricule : **1196** N° CIN : **B116475**
 Adresse : **Cadi MADROUF ESSAMDAI No 225 Casa**
 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **[Signature]** Spécialité : **CARDIOLOGIE**
 N° ICE : **[Signature]** N° INPE : **091008771**
 Certifié 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 :
- Cystaure 75 100 - LD - NOR 200 - ESOC 200 - Vitamine D F

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Longue durée**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
 Fait à : **Casablanca** le **14/06/2023**
 Cachet et signature du médecin traitant :



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