

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

Nom et prénom : **EL MOUTAWAKIL VEUE EDDOUSSI Khadija**

Matricule : **345** N° CIN : **B353410**

Adresse : **7 RUE TAFILALET 18 DB EL HAMAM Casablanca**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant
veuve

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **M. GARTI nays** Spécialité : **Cardiologue**

N° ICE : **001584040000063** N° INPE : **091066621**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **EL MOUTAWAKIL VE EDDOUSSI Khadija**

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 Trouble sup 8 mm pa
Tension Traitée**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Achel
coronil achel Karafé**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **13/7/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

د. نجيب غارقي
CARDIOLOGUE - RYTHMOLOGUE
19, Bd Franklin Roosevelt Ex. Bd. Mly Rachidi-Casa
Tél. 05 22 36 09 09 - Gsm 0661 243 006

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