

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

Nom et prénom : **RAM-RAM MUSTAFA**
Matricule : **00907** N° CIN : **B 13041**
Adresse : **Cité HASSANI Bloc 208 N° 78 Durb EL HORIA**
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **D^r HOUSSAINE BENNANI** Spécialité : **Néphrologie - NG**
N° ICE : **0022 44 96 70 0007** N° INPE : **09 10 76 109**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **ZABOJ LATIFA**
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 :
**psu p-5 de ph. cphstei Anneytan. - deute Housse DZafre.
Nilon: 12-9-23. Sprs. Tacikment: Hb = 11,5 g/dl.
Fenehin biom = 9,8 g/dl. - Troponin 014 - HbA1c = 6,4%**

Dont ci-joint ordonnance :

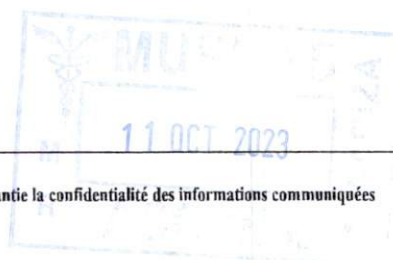
Traitement prescrit : **Ferplex : 2 dox/j.**
- Biphedon 5/1,25 - 1 cplj
- glucofag - 1000 - 1 cpl x 2/j
Trombassin = 60 = 1 cplj
caudo aspirin 1 cplj
Nostal .80
Tacikment de 3 Mo

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CE** le **27.09.23**

Cachet et signature du médecin traitant BENNANI

Médecin Agée par Le Ministère
de La Santé Publique
Tart. El Houria, Bld 088, 2° Et. Sidi Aboerahmane
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 0522 90 23 31



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