

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**
**Nom et prénom :**
**Matricule :**

03532

**N° CIN :**

06618882 XY

**Adresse :**
**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**
**Je soussigne :**
**Spécialité :**
**N° ICE :**
**N° INPE :**

101099810

**Certifie que Mlle, Mme, M. :**

NOURI MOSTAFA

**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 grade II

**Dont ci-joint ordonnance :**
**Traitement prescrit :**

Valphi 160g: by mouth

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**
**Fait à :**

le

19/01/2023

**Cachet et signature du médecin traitant :**

Dr. Kamal BELMADANI  
 Cardiologue Interventionnel  
 N° 6 Immeuble Al Majd Angle Bd Al Qods  
 2 Mars-Ain Chock - Casablanca  
 Tél. : 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Site web : www.mupras.com - Email : pec@mupras.com


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