

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

Nom et prénom :

Matricule :

03532

N° CIN :

066188244

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 :

Valphur 160mg : 1x1

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

19/10/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Kamal BELMADANI**  
Cardiologue Interventionnel

N° 6 Immat. Rés. Al Majd Angle Bd Al Qods  
2 Mars Ain Chock - Casablanca  
Tél : 06 81 24 60 84



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