

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

 Nom et prénom : *Bedda Hinc*

 Matricule : *Mlle 06756* N° CIN :

Adresse :

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

 Je soussigne : *Pr. Zouaidy Malaa et Z. Jaidi* Spécialité : *cardiologue*

 N° ICE : *67, Rue d'Orléans 65255 - INPE: 091026955* N° INPE : *INPE: 091026955*

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

 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 sur Tony 80 g/.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Tony do up Jevaxel / Alpraz

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : *casablanca le 08/05/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :


 Pr. ZOUAIDI Malaa et Z. Jaidi
 Cardiologue Interventionnelle
 67, Rue d'Orléans 65255 - INPE: 091026955

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