

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

Nom et prénom : **EL MASTOUR NADIA**

Matricule : **7238**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS**

Medecine Générale - Echographie

8, Rue Assaad Bnou Larraja - 3<sup>ème</sup> Etage

Je soussigné : **Maârif - Casablanca**

Spécialité :

Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27

N° ICE : **001685060000078**

N° INPE :

**INPE :**

**091014357**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **El Mastour Nadia**

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 :

**HDAC actuelle 6,7% + HTA**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**ASo Ig Glucosamine - Glucosamine / S**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS**  
Medecine Générale - Echographie  
8, Rue Assaad Bnou Larraja - 3<sup>ème</sup> Etage  
Maârif - Casablanca  
Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27  
INPE : 091014357

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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