

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

Nom et prénom : **GHAMMARTE MOHAMMADI**

Matricule : **1418** N° CIN : **B 26644**

Adresse : **Lot GYNHER Rue 5 N°5 OASIS CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin** Professeur Agrégé
 Cardiologue Interventionnelle
 67, Rond Point de Marseille Oasis - Casablanca
 Tel: 05 22 25 51 35 - INPE: 091026955

N° ICE : **681** N° INPE : **INPE: 091026955**

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

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**AEPAs fœnayth
 Ablor h per nacelusfex**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

TM need en

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **11/01/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



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