


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

 Nom et prénom : *Ait Moulad Ahmed*

 Matricule : *0941*

N° CIN :

Adresse :

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

 Je soussigne : *Dr Amale EL AMRANI*

Spécialité :

 Dr Amale EL AMRANI
 CARDIOLOGUE

 N° ICE : *1IQ CLINIQUE CALIFORNIE*

 N° INPE : *0911520001*

 CLINIQUE CALIFORNIE
 545, Bd Panoramique, Californie

Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

 Certifie que Mlle, Mme, M. : *Ait Moulad + Mekhelissa*

 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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Bnelor 5 mg h⁻¹ - Betaser - Tangenil + Terroxyl
 Cariscon A nls -*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : *Le 14/02/2024*

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