

*Dossier  
Bouquet*

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

Nom et prénom : **EL GOTTAYA ABDELLAH**  
Matricule : **57 95** N° CIN : **B 453038**  
Adresse : **HAY AL QODS RES EL FAJR IMM H AL MARJ VO5 BERNOUSSI  
CASA**  
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. MOUSTAID Hayat** Spécialité : **INPE**  
N° ICE : **091035386** N° INPE : **091035386**  
Certifie que Mlle, Mme, M. **Mme KHADIM AYOUCOURA**  
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☒ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie  
*sp EL GOTTAYA*

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

**HMA + cardiopathie hypertensive**

**Dont ci-joint ordonnance :**

Traitement prescrit : **voir l'ordonnance**

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à : **Casablanca** le / **08 MAI 2024**

**Cachet et signature du médecin traitant :**

**Dr. MOUSTAID Hayat**  
**Cardiologue**  
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
M. Souhail Eroumi N° 36 Amal 2 Sidi Bernoussi  
Casablanca Tél : 0522 73 09 25

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

