

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

Nom et prénom : *Ibrahim Khalid*

Matricule : *1004* N° CIN :

Adresse : *Rue Sidi Moustapha 5, 5ème étage, Casablanca*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : *CARDIOLOGIE*

N° ICE : *031008321* N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

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

Suffocation

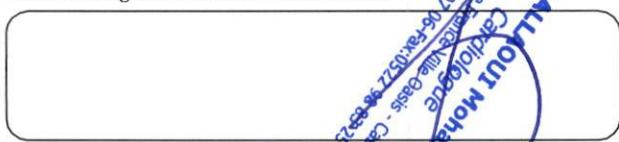
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Coveas 515 - Cardox - Coructor - Dexadrin 20 mg - Rorat 100 mg - Flut - Jardan - oed*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *3/5/2023*

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

