

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

Nom et prénom :

KARTI EL MOSTAFA

Matricule :

6826

N° CIN :

B 195305

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

☒

Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

09645997

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KARTI EL MOSTAFA

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☐ A vie

de 6 mois.

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

HTA.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Cosy nel 5/5 14/1.  
+ Amlodipine 40 1/4 1/4 1/4

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Cosy

le

06/09/23

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. ATLAB MUSTAPHA  
Cardiologue  
Gsm: 0661 06 29 52

\* 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