

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 : 09645 997

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 :

KARTI .

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Cosy nel 45 API.
+ folocerdy 1.40 mg 1x4 1x4 1x4

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 06/09/23

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

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