

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

Nom et prénom : *M. ELHARTI Adel M. H.*

Matricule : *606*

N° CIN : *B345210*

Adresse : *Hay ELHARTI, Rue 27, N° 8. Casablanca*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : *00299678300088*

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

*Ayspnee stade III do la NYHA + asthme
Fabrique avec l'EKG Roboltege d'
R en ST et q l'ETT = aspect evapret
une Amylose*

Dont ci-joint ordonnance :

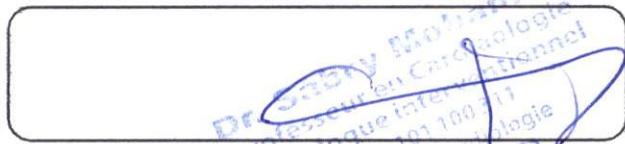
Traitemet prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le *11/12/23*

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