

1316

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *M. TUN FATH SAMI*

Matricule : _____ N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Docteur SOUALY M*
Cardiologue

Spécialité : *Cardiologue*

N° ICE : *Anglo Rte. d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane
Carr. Commercial N°10 - 1er Etage H. Hassan
Casablanca - Tel : 0522 91 31 38*

N° INPE : *091130732*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *M. TUN FATH SAMI*

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 :

HTA, ESD et Bégnali, oesophage

Dont ci-joint ordonnance : *+*

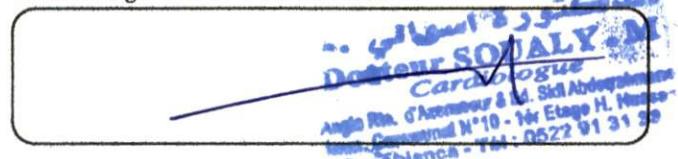
Traitement prescrit :

Caveltan 50 mg tdy Solutab + tv + Codoxate

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le / *05 MAI 2022*

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