

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

Nom et prénom : **NASR Mou NA**

Matricule : **11533**

N° CIN : **POET09109**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Cardiologue** Spécialité :

N° ICE : **00000000000000000000000000000000** 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 :

Cardio pathie ischémique **diabète** **obésité**
+ Diabète **+ IR**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

voir ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **le / /**

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

