

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

Nom et prénom : **RAHMOUNE FATNA EP ZIDANI**

Matricule : **839** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Abdesselam SEBTI** Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue - Bé Ghandi

Spécialité :

N° ICE : **134 Rue Attabari - Bé Ghandi**
06 22 44 78 81
06 61 27 12 90
06 22 39 09 09

N° INPE : **Carbyle**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **RAHMOUNE fatna**

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

de longue durée

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

**HTA + valvulopathie mitrale + diabète
(gtni ecr)**

Dont ci-joint ordonnance : **OMI**

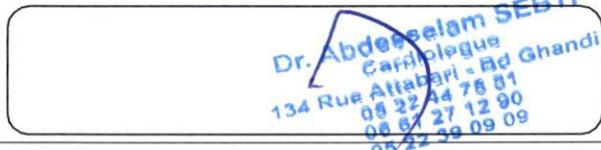
Traitements prescrits :



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **OMI** le **14/5/23**

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