

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

Nom et prénom : DRIFI FATIMA

Matricule : 1127

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

Docteur Ahmed SETT
Cardiologue

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 :

Constipation importante, tachycardie, HTA,
DID, dyslipidémie, échogramme : Alteration fonction
cardiaque

Dont ci-joint ordonnance :

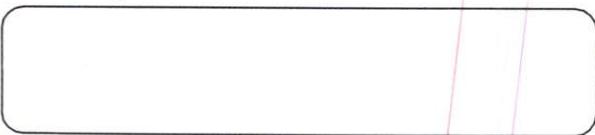
Traitements prescrits :

Verio 10x2f - les deux prescrits 50% - Roxyg 10 -
on Nolip 10/11
Jardian 25 - Cardioflex 1/

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le 1 / 1

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