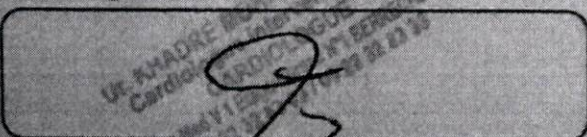


Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Fouina Hassan
Matricule :	9952 N° CIN : WA 26266
Adresse :	78, Rue Rif Hay El Houda Berrechid
Bénéficiaire de soins :	☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Cardiologie
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Fouina Hougot
Nécessitant un traitement d'une durée :	☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ À vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : ATA nécessitant une bithérapie	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Valerone + omecodip	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Berrechid le 26/02/24
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées