

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

Nom et prénom : *Mr SAHRAOUI ABDELLAH*

Matricule : *22 59* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. EL MOURID MONIA

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *الدكتورة إل موريد مونيا*

Spécialité :

N° ICE : *CARDIOLOGUE*

N° INPE : *INPE: 061259198*

Fix : 05 22 03 16 74 - INPE : 06 1259198

Certifie que Mlle, Mme, M. : *SAHRAOUI ABDELLAH*

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

Cardiologue 100 - Aller 2,5g - Zéro 5 mg

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

- Coronarien sous m *TTA / 25*
- ECG : RE = 55 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

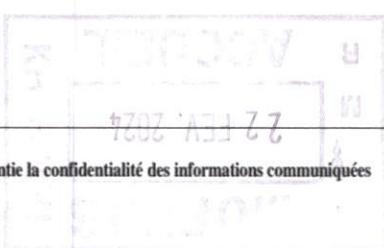
Cardiologue 100 - Aller 2,5g - Zéro 5 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Derouane* le *05/05/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. EL MOURID MONIA
الدكتورة إل موريد مونيا
CARDIOLOGUE
احسانة في امراض القلب و المخربين
Fix : 05 22 03 16 74 INPE : 061259198



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