

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

Nom et prénom : *KHIAITE FATHIMA ép RAHIMI*

Matricule : *2320* N° CIN : *T3210*

Adresse : *Rue 1 n° 26 Djour Lakhdar Mohandache*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

*Dr. NOURE TAUFIK
CARDIOLOGUE
INPE: 091026831*

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *KHIAITE Fathima*

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 :

Reprise + Véloclipe 200 ml

Dont ci-joint ordonnance :

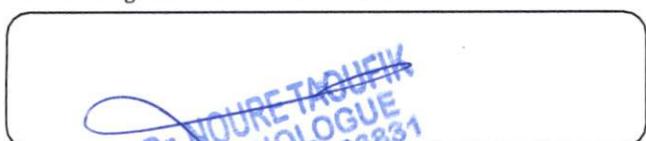
Traitements prescrits :

Kon Abde

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 garantit la confidentialité des informations communiquées

