

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

Nom et prénom : **NASR HOUNA**

Matricule : **11533**

N° CIN : **BET09109**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr. Assistant EL OUARRAD Amal
Cardiologie
121203269**

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 : **Cardiopathie
VCR, ischémie artérielle sténose. Diabète,
Nephropathie diabétique au stade d'IR**

Dont ci-joint ordonnance :

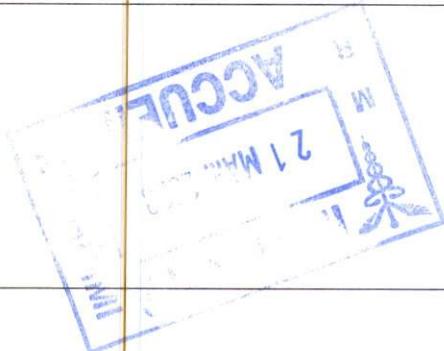
Traitements prescrits :

VCR

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 garantie la confidentialité des informations communiquées