

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

Nom et prénom : **NASR HOUNA**

Matricule : **11533**

N° CIN : **BE709109**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

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 : **Cardiopathie**
voir CR, ischémie, sténose, Diabète,
Néphropathie diabétique au stade d'IR

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **voir ordonnance**

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