

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

Nom et prénom : **RAHMOUNE FATNA EP Zidani**

Matricule : **839** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Docteur STMAN TAZI** Spécialité :

N° ICE : **091152391** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. **RAHMOUNE** **fatna**

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

Stebli fpt

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

Nov 15/04

YHC

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

AD. Sigue

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **04/04/2023**

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

