

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom : <i>Saber Nacdie</i> Matricole : <i>5565</i> N° CIN : <i></i> Adresse : <i></i>		
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <i>Docteur BENNANI Mohamed</i> <i>Cardiologue Interventionnel</i> <i>Rythmologue</i> <i>40, Rue des Hôpitaux, 1^{er} Etage</i> <i>Tél: 0522 49 14 14</i>		
Partie réservée au médecin traitant Je soussigne : <i></i> Spécialité : <i>Cardiologue</i> N° ICE : <i></i> N° INPE : <i>091165035</i> Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>Saber Nacdie</i>		
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie		
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>HTA sévère</i> <i>Filtre 80/5</i> <i>AlSabetne 50</i>		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit : <i>Filtre 80/5</i> <i>AlSabetne 50</i>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>One</i> le <i>29 MAI 2023</i>		
Cachet et signature du médecin traitant :		
		

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