

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

Nom et prénom : 8950 Joudlaid HASSAN

Matricule : 8950 **Nº CIN :**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. Omar CHAOUI

Spécialité : Cardiologue

Nº ICE :

Nº INPE : 051165902

Certifie que Mlle, Mme M. : DE KHAID LIASSINE

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 :

Céphale États à rép caféïne

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

caféïne ordonn Appl : Monix.
PT : Monix

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CTN **le** 07/09/2023

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