

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

Nom et prénom :

BOUKHARTA Fatima Espouse HOUTI

Matricule :

896

N° CIN :

Adresse :

16, Rue de Tanger (701) Casa

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *BOUKHARTA Fatima Espouse HOUTI* Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

911 28601

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 :

HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

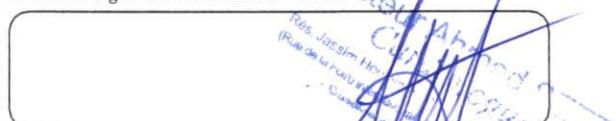


Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le *10/03/2024*

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

(Famie copie)