

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

Nom et prénom :

LAMRI H<sup>le</sup> ESSAÏD

Matricule :

2325

N° CIN :

W5A535

Adresse :

77 Rue ABOU HASSAN SE HAÏR CASA

Bénéficiaire de soins :

☒

Adhérent

☐

Conjoint

☐

Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

INP : 091026674

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 :

Cardiomyopathie dilatée  
à l'origine d'insuffisance cardiaque.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Atacand - Cardix - Aldactone  
Rexaban - Cardix 6,25 - Coralan

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa

le

24/10/22

Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur CHABBI SAÏD  
Abdelmoumen et Anoual Etig's Casa  
Tel : 0522 22 86 04 46

\* 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