

MLE-7005

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

Nom et prénom :

Jamil Felar

Matricule :

007005

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

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 sévère

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Nebilet
- Aspirine en association en Cardioflex*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa

le

3/8/23

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

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