

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

Nom et prénom : **Hessane Mohamed**

Matricule : **2078**

N° CIN : **B286550**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

**Hessane Mohamed**

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 :

**HSA - Hypertension - le traitement ne  
suffit pas pour contrôler la tension.**

Dont ci-joint ordonnance :

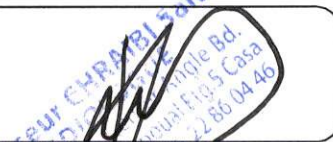
Traitement prescrit :

**Twinka 80/r - Aspec 400 -  
Taher 10.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Ca** le / /

Cachet et signature du médecin traitant :





\* 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