

deja enfin ~

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

Nom et prénom : **SABRI MOHAMED**

Matricule : **1119** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR LAABI** Spécialité : **CARDIOLOGUE**

N° ICE : **091166983** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SABRI 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 :

**HTA** **Diabète**  
**Coronopathie**

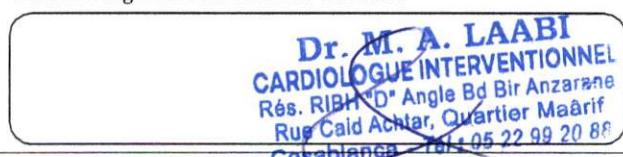
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **voir ordonnance. Atorvastatine 100mg  
ibuprofene 1000mg cardiosome 100mg  
metformine 1000mg Shafiq 700mg.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **16/01/2023**

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 garantie la confidentialité des informations communiquées

