

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

Nom et prénom : **ANBI Med.**
Matricule : **01859** N° CIN : **B25275**
Adresse : **Rue 6 ne 62 lot ATTADIA STANE - OULFA CASA**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :
N° ICE : N° INPE : **IMP: 09TT30922**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **ANBI 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 sévère + galb + dyslipémie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Amlodipine 10mg, Zylactene
ou autre équivalent, Lipitor 40mg + crèche**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **24/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél : 22.18.84.26.13.36 - CASA

* 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

