

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

Nom et prénom : **LAGBOURI MHAMED**

Matricule : **3466**

N° CIN : **B 111781**

Adresse : **Bloc B RUE 2 N°39 AIT SAID AIT MELLOUL**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr HAIDA LAHSEN**

Spécialité : **Médecine générale**

N° ICE : **0020686180000M**

N° INPE : **091010814**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **LAGBOURI MHAMED**

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 :

**diabète type 2 + hypercholestérolémie atteinte depuis plus de 15 ans  
sous traitement médical.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :  
- Amlod 2mg  
- Statine 400  
- Trinitale 10/12r  
- Aspirine 75r

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Ait Melloul** le **15/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr HAIDA LAHSEN**  
Médecine Générale  
Diabétologie - Echographie  
11, Bld de la résistance Ait Melloul  
Tél: 05.28.24.05.95

**ACCUSE**  
23 MAI 2023  
M  
R  
BOUZACHAR

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