

par ouvrir

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

Nom et prénom : *Jbara Driss*

Matricule : *1948*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *El Raddoum Wassim*

Spécialité : *Cardiologue*

N° ICE :

N° INPE **081182156**

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Jbara Driss*

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 :

- CP & échographie
- RM Scanne
- RNo Scann

Dont ci-joint ordonnance :

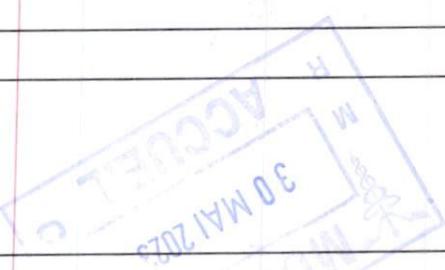
Traitement prescrit *Lasix 20 mg*
Atorvast 10 mg
Reoxx 20 mg
Bisoprol 10 mg
Aspirine 100 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CP* le *20/05/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Wassim El Raddoum



* 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