

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

**Nom et prénom :** Mech'héur Bouazza

**Matricule :** 1359

**N° CIN :** F 9 4 4 9 4

**Adresse :** Res El Mameunia Imm 06 APPT 49 Tabriquet Sale.

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :**

**Spécialité :** Cardiologue

**N° ICE :**

**N° INPE :** 091048546

**Certifie que Mlle, Mme, M. (Signature) MECHEUR. BOUAZZA.**

**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 :**

Arrhythmie cardiaque (AFA) + HTA.

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitements prescrits :**

Cardizem Mg + Isosorbide + Irmel 30 + Meridol 0,8 +  
Enzalutamide

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à : SAW le 10/05/2023

**Cachet et signature du médecin traitant :**



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