

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

Nom et prénom : **KASSASI OUAHAA**

Matricule : **3564**

N° CIN : **B24250**

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : **INP:091130922**

N° INPE :

Certifie que M<sup>me</sup>, Mme, M. :

**HTA + Hypertension**

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**Co-dipril 300 mg - Arop 50mg - Hypn 10 mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le **03/08/2023**

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

