

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

Nom et prénom : **OUAD Abderrahim**
Matricule : **5314** N° CIN : **3142486**
Adresse : **LOT WAFA H98 DEROUA**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Médecin général**
N° ICE : N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Abderrahim**
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 :

- Dyslipidémie
- Hypertension artérielle TA: 12,8/8,2 sous TR
- diabète

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :
- Coartem
- Zyloric
- Statine 2

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Dera** le **10/07/2022**

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 garantit la confidentialité des informations communiquées

