

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

Nom et prénom : ASSAB ABDALLAM

Matricule : 5079

N° CIN :

Adresse : 182 LOT 4AJ FATEH CASA

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : ASSAB Abdellah -

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 :

AVC ischémique - HTA - Diabète

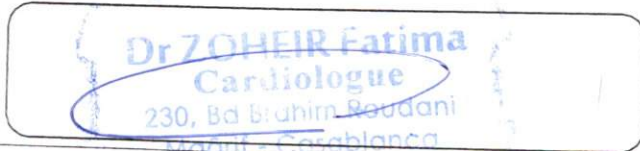
Dont ci-joint ordonnance : 6/02/2024.

Traitement prescrit :
- Bisoprolol / candesartel 5/1 / Crestor 5.
- Clopidogrel 100 - 1

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casa. le 6/02/2024.

Cachet et signature du médecin traitant :



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