

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

Nom et prénom : **MOUSTAHSSINE AZEDINE**

Matricule : **9269**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne **Dr HALLOUJ SAWSSANE**

Spécialité : **CARDIOLOGUE**

N° ICE :

N° INPE : **081266359**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **MOUSTAHSSINE AZEDINE**

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 :

**Diabète de type 2 s/s Traitement ✓
+ Hypertension s/s Traitement + Dyslipidémie**

Dont ci-joint ordonnance :


Traitement prescrit :

**- Coversyl 5-g 1x2/j
⊕ Noliclo 8-g + ADO**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **08/03/2024**

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

