

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

Nom et prénom : **Atif Soufiane**

Matricule : **12345**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

**Cardiologue**

N° ICE :

N° INPE :

**09 70 26 849**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

**Atif Soufiane**

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 :

**HTA**

**visite Hôpital tensionnel fait 21/12/2021**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Angkor 500g 1cp.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **20/3/2023**

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 garantit la confidentialité des informations communiquées