

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

Nom et prénom : **ZAKRAOUI Ep ZOHAIR**

Matricule : **1121** N° CIN :

Adresse : **16, Rue AHFIR ANFA CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Nepho**

N° ICE : N° INPE : **09 1179929**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

Dyslipémie - HTA - ds artériosclérotiques

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Biphélex Cordio A Macol - Anaf
MKD - Denoxat**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Cas** le **27/03/2023**

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