

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

**Nom et prénom :**

ZAKRAOUI Ep ZOUHAIR

**Matricule :**

1121

N° CIN :

**Adresse :**

16, Rue AH FIR ANFA CASABLANCA

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :**

Spécialité : Nephro

N° ICE :

N° INPE : 09 11799 29

**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 :**

Dysfonctionnement renale - HTA - ILS antécédents  
hypertension

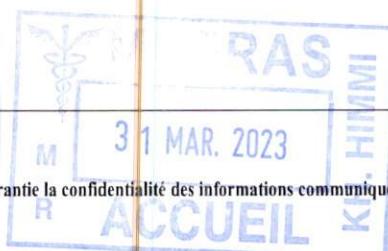
**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitement prescrit :**  
Bipiréterax Cerdio A Nacol - Arat  
MVD - Dexoxat

**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 garantie la confidentialité des informations communiquées