

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

Nom et prénom : **Boudali Saadia. KANE ELouAR Diouiti Mohamed**

Matricule : **676**

N° CIN :

Adresse : **CHM**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **101 100 374**

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 :

**- Dyslipidémie avec les faibles
de LDC Cholesterol tr élevés
- HTA**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **(voir ordonnance médical)**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **27-3-2023** / /

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Sabry Mohamed
Professeur en Cardiologie
cardiologue interventionnel
INPE : 101 100 374
Cabinet de Cardiologie
Tél: 05 22 69 10 44

Dr. Sabry Mohamed
Professeur en Cardiologie
cardiologue interventionnel
INPE : 101 100 374
Cabinet de Cardiologie
Tél: 05 22 69 10 44



*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