

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

Nom et prénom :

MALKI ZAKARIAE

Matricule :

11447

N° CIN :

F 507706

Adresse :

Habituel

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

Cardiologue

N° ICE :

N° INPE :

091246295

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 :

HTA grade 2 - nécessitant une antihypertensive

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Fibrocals 180

Coirbesan 300/12,5

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa

le

24/03/23

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

