

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

Nom et prénom : DRIFI FATIMA

Matricule : 1122

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

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 :

Conséquence ischémique sévère, tricusculaire, HTA,
DiD, dyslipémie, échocardiogramme : Altération fonction
cardiaque

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Upio 100 x 21 - Losartan 50 mg/dl - Rosuvastatine 10 -
on Nolic 10 11
Fondaparinux - Cardioflex 11,

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

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