

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

Nom et prénom :

LAMRANI OMAR

Matricule :

1954

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

INP : 091130927

Certifie que Mlle, Mme, M. :

LAMRANI Omar

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 et Anger + Dyslip

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Zylinc 200 - TAV 2000 100 -
Cachet Asine 100 - C. Vashe 100

Redaction

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

24/09/2023

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