

**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 soussigne : Spécialité :

 N° ICE : N° INPE : **INP : 09113092?**

 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 + Angine + Rythme**

Dont ci-joint ordonnance :

 Traitement prescrit : **Digoxine 0,25 - THINOSTATIN - Rétinol 10%  
Cardiosyme 100 - Givache 10%**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : **Gu** le **15/09/2023**

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 garantie la confidentialité des informations communiquées