

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

Nom et prénom : **Mr CHARAKAN Zahra.**

Matricule : **341**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : **001681749000029** N° INPE : **091168674**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **CHARAKANE Zahra.**

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

**Anglocons - Tencraon - Aspergicano**  
**Tensokcons**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**HTA**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Anglocons - Tensokcons - Aspergicano.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa le 09/01/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées