

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

Nom et prénom : **Mr SAHIAOUI ABDELKRIM**

Matricule : **2259** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Dr. EL MOURID MONIA **Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **الدكتورة المريد منيا** Spécialité :

N° ICE : **CARDIOLOGUE** N° INPE : **INPE: 061259198**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SAHIAOUI ABDELKRIM**

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

Cardiopathe 100 - Allée 2,5 g - 2ipol 1mg

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

- Coronarlex 100 mg / ASA / BT
- ECG : RE 2 RS 1

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Cardiopathe 100 - Allée 2,5 g - 2ipol 1mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Deroua** le **05/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. EL MOURID MONIA
الدكتورة المريد منيا
CARDIOLOGUE
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
Fix 05 22 03 16 74 INPE 061259198

22 FEB 2024

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