

# MALADIE CHRONIQUE

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

Nom et prénom : **HIMAYAT ABDELLATIF**  
 Matricule : **02414** N° CIN : **B225403**  
 Adresse : **Sidi Maârouf 4, Rue 18, NR 105, Casab**  
 Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

## Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Drc HFBANZ Nandy** Spécialité : **Cardiologue**  
 N° ICE : **001668 26 3000011** N° INPE : **091061769**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

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

**TA : 15/18 cts (pas toutefois)**  
**Echocardiographie : pas de pathologie**

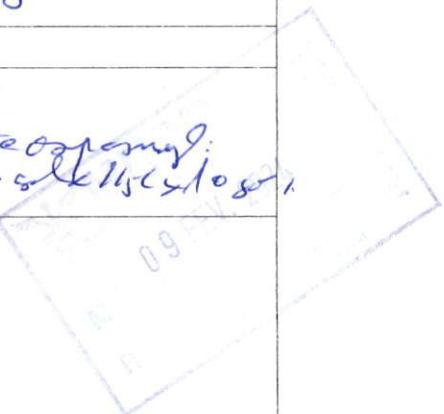
## Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : **① Tareg 160 mg. 1cp/j levo**  
**② Ispira 20 mg. 1cp/j levo. ③ Nateglogyp 150mg/j levo**  
**④ Lopressor 625 mg. 1cp/j levo**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **cas** le **21/05/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



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