

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

 Nom et prénom : **MIR ZAKARIA**

 Matricule : **3053**

 N° CIN : **B 123 072**

 Adresse : **Residence Karim 2 Rue Albert Samain Val Fleuri Rabat
C18A.**

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

 Je soussigne : **Dr ZAKARIA** Spécialité :

 N° ICE : **INP:091142729** N° INPE :

 Certifie que Mlle, Mme, M. : **MIR ZAKARIA**

 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 - hypercholestérolémie , cardios Aspnie 100 1.
Dont ci-joint ordonnance :
Traitement prescrit : CatyrelTg / ferugo 80/10 / cardios Aspnie 100.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : **CASABLANCA le 12/02/2024**

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