

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

Nom et prénom : HALMONY Abdelmajid
N° de carte : 0944 N° CIN : ~~XXXX~~ B.211679
Adresse : coop/ALICHAARF II. n°21. Sidi Maarouf. CASABLANCA
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : Dr. Cherqui. Spécialité : Hématologie.
N° ICF : 09 104 16 24. N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : Abdelmajid Halmony.
Recevant 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 :

syndrome myéloprolifératif.
+ infection par fong.

Joint ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : Cere AMH. + tel symptomatique.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casa - le 10/10/22.

Cachet et signature du médecin traitant :


Dr. Cherqui
Spécialité : Maladies du Sang
17, Angle Rue P...
Tel: 05 22 99 53 71



* Cette déclaration est renouvelable une fois

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