

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

Nom : prénom :

HALMONY Abdellmajid

Numéro de : 0944

N° CIN : B.211679

Adresse : coop/ALICHRAF II. n° 21. sidi Maârouf. CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. Chergui.

Spécialité : Hématolo.

N° ICF : 091041624.

N° INPE :

Je certifie que M^{me}, M^{me}, M. : Abdellmajid Halmony.

Recevant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

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

syndrome myélo prolifératif.
+ infection parfaite.

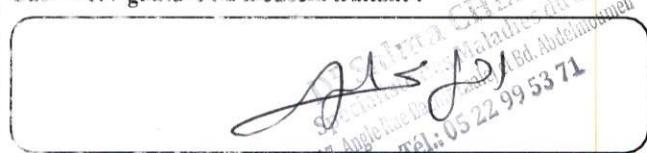
Joint ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : Cere AML + tél syphonatique.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : casa - le 21/10/22.

Cachet et signature du médecin traitant :



* Cette déclaration est renouvelable une fois

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