

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

 Nom et prénom : **RAFIK MUSTAFA**

 Matricule : **10549**

 N° CIN : **WA 19948**

 Adresse : **16 LOT LALLA MALIKA - Rue yasmine Benbrahim**

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

INPE.61112421

N° ICE :

 N° INPE : **INPE.61112421**
INPE.61112421

Certifie que Mlle, Mme, M. :

RAFIK MUSTAFA

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 :
Longue
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Zytwic. 800 = 1cp/j avie.
colchicine = 1cp/j avie.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : **Beni Merjane** le **14 Nov 2022**

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

