

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

Nom et prénom : **OUARACH HASNAE**

Matricule : **6915**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **091170415**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

*Gonarthrose + menisopathie dégénérative gare cheveux  
Tendinité du coude dégénérante / Instabilité des épaules  
NCB sous verre coartante.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Glucosamine + Chondroïtine.  
Adns  
Infiltration du coude.*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **28/11/2022**

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