

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

Nom et prénom :

Matricule :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint

Enfant

Je soussigne :

N° ICE : 00166 34 500 00032

Spécialité : Endocrinologue

N° INPE : 091028506

Certifie que Mlle, Mme, M. : Michom Lotifa

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie



Partie réservée au médecin traitant

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

D 2. + Dol de Nez path

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

OXA 3mg JANUVA 100
Alyx 2g Januva 100

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques

Fait à : le /

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 garantit la confidentialité des informations communiquées