

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

Nom et prénom :

AZTOUHI MUSTAPHA

Matricole :

8112

N° CIN : B208851

Adresse : HAY AL QODS, Résidence AL FAJR N° 108 APPARTEMENT, S. Bemoumi

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant
**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 020083232

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Azhouhi Mustapha

Nécessitant un traitement d'une durée :

 < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

colobus edulis

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : ~~anélie~~ le 28/3/22

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 garantit la confidentialité des informations communiquées