

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

Nom et prénom :

Sadjiki M^{me}

Matricule :

1560

N° CIN :

B125120

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : 001347343000027

N° INPE :

091176475

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 :

HIA expu bilatérale
cavien rénale polykystose rénale
cavien rénale (Bilaté ATE en
2017/2018)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

couram 5/5 (1/2g); Modific 160g(180g)
Cardinal 25 g(1/2g); Tora 20g(5g)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 06/01/2023

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

