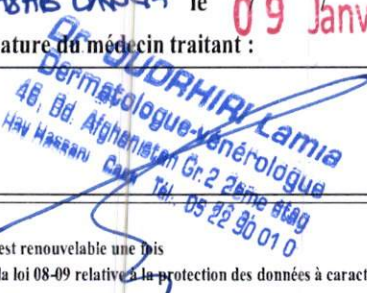


| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Nom et prénom : | |
| Matricule : 3263 | N° CIN : |
| Adresse : | |
| Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : Dr. OUDRHIRI Lamia Dermatologue-vénérologue | Spécialité : Dermatologue |
| N° ICE : 46, Bd. Afghanistan Gr.2 2ème étage Hay Hassan Casablanca Tél. 05 22 90 01 0 | N° INPE : 091166975 |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : M. BOUCHATB HARCHACHE | |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie | |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : psoriasis en plaques étendues résistant Indication: Biopie cutanée pour traitement systémique spécifique. | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : - TRAITEMENT Topique - Biopie cutanée - Bilan biologique pré traitement systémique | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | |
| Fait à : CASABLANCA le 09 Janv 2023 | |
| Cachet et signature du médecin traitant : | |
|  Dr. OUDRHIRI Lamia Dermatologue-vénérologue 46, Bd. Afghanistan Gr.2 2ème étage Hay Hassan Casablanca Tél. 05 22 90 01 0 | |

* 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

