

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

Nom et prénom :

 Matricule : **3263**

N° CIN :

Adresse :

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr. OUDRHIRI Lamia
 Dermatologue-vénérologue

 Spécialité : **Dermatologue**

N° ICE :

46, Bd. Afghanistan Gr.2 2ème étage

 N° INPE : **091166975**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Mr BOUCHAT B HARCHACHE

 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 :

psoriasis en plaques érythémateux nécrotisant
 indication : Psoriasis cutané pour traitement systémique
 spécifique.

Dont ci-joint ordonnance :

 Traitement prescrit : - TRAITEMENT topiques
 - Psoriasis cutanée
 - Bilan biologique et traitement systémique

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : **CAFAB LARCA** le **09 Janv 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 garantie la confidentialité des informations communiquées

