

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

**Nom et prénom :** *SOUHAÏL ABDELMAYID*

**Matricule :** *5552* **N° CIN :** *H 64 325*

**Adresse :** *13 Emble A. Resid NADIA CASA Maorif*

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :** **Spécialité :**

**N° ICE :** *001119169000040* **N° INPE :** *091046169*

**Certifie que Mlle, Mme, M. :** *LATIF*

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

*X*

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

*CG = 1. M.  
HBsAg = 12.3 %*

**Dont ci-joint ordonnance :**

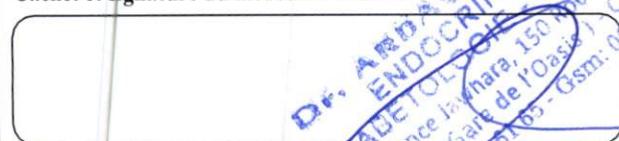
**Traitements prescrits :**

*ADO + Inulis -*

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

**Fait à :** *CGS* le *12/01/2023*

**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 garantie la confidentialité des informations communiquées