

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

Nom et prénom : JABRI FATIMA ZAHRA

Matricule : 11959 **N° CIN :** BE 723318

Adresse : 38, Rue Madrid, Angle 144 Bd Victor Hugo, CASA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. JABRI FATIMA ZAHRA **Spécialité :**

N° ICE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : JABRI FATIMA ZAHRA

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 :

Argent de la maladie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Aspirine 150

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CN le 12/05/2023

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