

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

Nom et prénom : *Batassa Salah*

Matricule : *7020*

N° CIN : *BF44 618*

Adresse : *Hay Al Qods Res EL Fajr 1HM 01 NR 05 SB Casa*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

INPE : 091185637

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BATASSA

Fakir

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 :

DRZ / HSA + Lax (Goutte)

Dont ci-joint ordonnance :

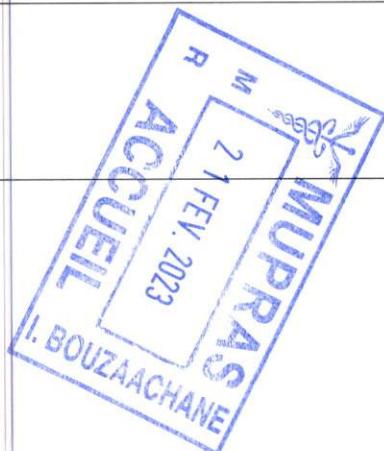
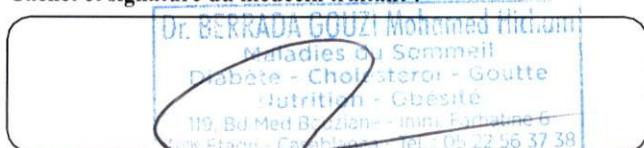
Traitements prescrits :

Lax + Add

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Con* le / *20 FEV. 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