

24/3/2023

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

Nom et prénom : *Ibrahimi Mohamed*
 Matricole : *0750* N° CIN : *B330739*
 Adresse : *47 Mustapha El Moufleh' Casablanca*
 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Sidi Med. EZZOUIHARI* Spécialité :
 N° ICE : *091062729* N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

- Timo Bak 0,50
- Flucon
- optique Fusion

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



Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : *le 07 Mars 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