

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

Nom et prénom : **GOUNTY LIHASSANE**

Matricule : **06415** N° CIN : **BE 70255**

Adresse : **N° 5, Rue Khalil Patane**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **DR BEKKACI YOUNES** Spécialité : **TRAUMATOLOGUE**

N° ICE : N° INPE : **091036897**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **OVARACH HASNA**

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 :  
**goncologue + NCB importante**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Poilon - ut gyn-phyl.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Agadir** le **13/03/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. BEKKACI YOUNES**  
Chirurgien Orthopédiste  
et Traumatologue  
INPE: 091036897

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

