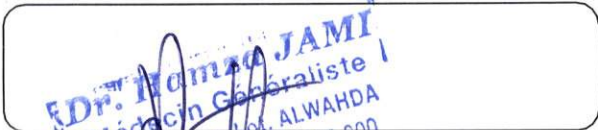


Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	OUAD Abderrahim
Matricule :	5314 N° CIN : B142 486
Adresse :	LOT WAFA H98 DEROUA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné :	Spécialité : Médecin général
N° ICE :	N° INPE : INPE: 061253688
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Foufou ya quine
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> Vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
visite trouble, poly-polyarthrose art: 2, 22 arthrose. Hbnc. 11,2	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : + kinésithérapie Contus Solo Ster + APidno Solo Ster.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Dero - le 24/05/2022	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées