

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

Nom et prénom : **RAHMOUNE FATNA EP Zidani**

Matricule : **839** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **RAHMOUNE**

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

bechell yate

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

Agir sur la base

MSHC

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

A.D. Joux

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **04/04/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
Imm. Morjana,
Casablanca
Tél : 0522-22-45-45 - 0522-22-78-15

*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

