

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

Nom et prénom : *ELMOUSSAOUI HASSAN*

Matricule : *6414* N° CIN : *R 69196*

Adresse : *Groupe "S" ANGLO RUES 58/68 N°42 EL OULFA - CASA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : *Derm*

N° ICE : N° INPE : *691139372*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *ATMANI SMY*

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

Douleur type II urolithiasique

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

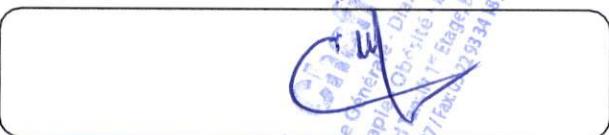
Et calcul + IRM : 12.20

Dont ci-joint ordonnance :
Traitements prescrits :

*Wox 430 Flupen
Fluconazole 150*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Le 17/05/2023*

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