

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

Nom et prénom : *Faouzate youssef*

Matricule : 01681

N° CIN :

Adresse : 19. rue barcePaine Alibay Tanger

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *Pr. Aggrégé JEHANNE AASEERA* Spécialité :

N° ICE : *0911173M* N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *FAOUZATE MOUAD*

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 :**

*Mycophéné surs immuno à entérosk (+)*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

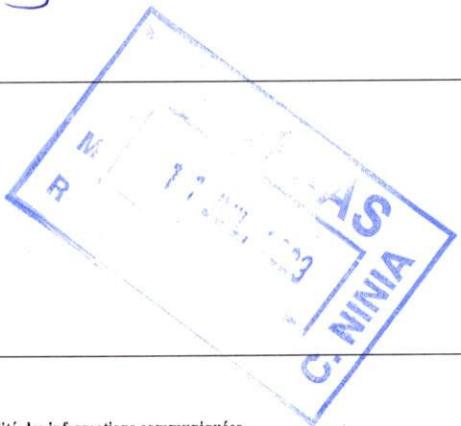
*festinor : 112cp x 21j*  
*mesal : 1g/15 x 14j*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *09/06/2023* le *17/06/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*2* *Pr. Aggrégé JEHANNE AASEERA*



\*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