

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

Nom et prénom : **LAHYANE EL HADJ**

Matricule : **2924**

N° CIN : **B107788**

Adresse : **63 lotissement amane 4 Rue Solhame 2 Sidi Thamer Cas**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **K. TOUAB**

Spécialité : **URDOLUQUE**

N° ICE : **X**

N° INPE : **091136473**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **EL HADJ LAHYANE**

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 :

Agénésie du plexus aortique avec séquel du
en xencal

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **• ANATO en LA - RIT (De la peptyl)**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Cas** le **5/7/23**

Cachet et signature du médecin traitant :





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