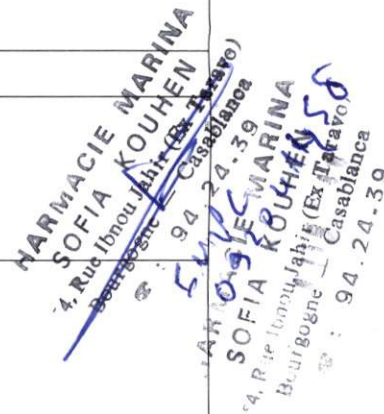


Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : 5323 ABOUDDOU RACHID	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : Docteur Ghislaine CHERKAOUI CARDIOLOGUE Bd. Mohammed VI - Casablanca Tél : 0522 22 43 82	Spécialité : Cardiologie
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : ABOUDDOU RACHID	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie longue durée	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Symptômes neurologiques de LCHTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Coveram 10/5 mg 1 - 0 - 0 Exster 5 mg 0 - 0 - 1 Zylone 100 mg 0 - 0 - 1	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CASA le 13/03/2023	
Cachet et signature du médecin traitant : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Docteur Ghislaine CHERKAOUI CARDIOLOGUE Bd. Mohammed VI - Casablanca Tél : 0522 22 43 82 </div>	



* 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