

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

Nom et prénom : **MAJBAR Mohamed**

Matricule : **7388** N° CIN : **BE 70606**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Hamza BENNOUNA** Spécialité :

N° ICE : **101 08 22 05 38 38** N° INPE : **INP : 81026914**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Majbar Mohamed**

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 :

Arthrose du genou et du coude

Dont ci-joint ordonnance :

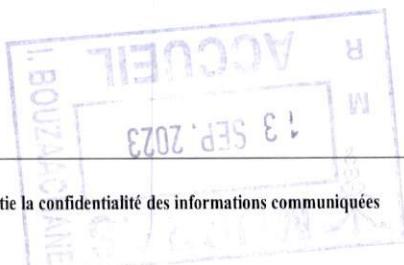
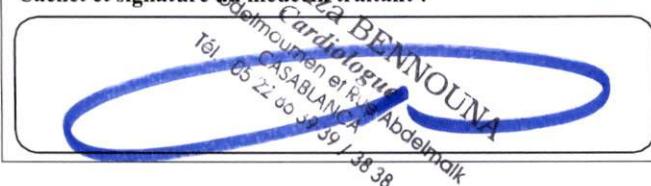
Traitements prescrits : **Coquilles St Jacques**

Liq. N° 100

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CAF** le / **11 SEP. 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



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