

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

Nom et prénom : *MR BENCHERIF sidi - Seïd*

Matricule : *2048* **N° CIN :** *A 45930*

Adresse : *0661453762*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Professeur EL MOUTAABI Mohamed* **Spécialité :**

N° ICE :

N° INPE : *091157412*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Rbn CHENIF*

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 :

Stane de plante

Dont ci-joint ordonnance :

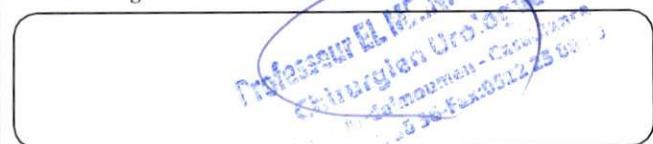
Traitements prescrit :

Urologie

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :



20 SEP. 2023



*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