

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

Nom et prénom : **ZAKRAOUI FATHIMA**

Matricole : _____ N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : _____ Spécialité : _____

N° ICE : _____ N° INPE : _____

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ZAKRAOUI ZOUHAR FATHIMA**

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 :

mauvaise rende chance

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *Biphéterax Cardo Aspirine 1000 mg 800 mg 25 mg Alpha 100 mg Cardo Aspirine 1000 mg 200 mg*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Qa le 6/10/2023*

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

