

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

Nom et prénom :

Akili AHMED
N 963 N° CIN : B 198748

Matricule :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

Diaabète + APP thyroïdienne

Dont ci-joint ordonnance :

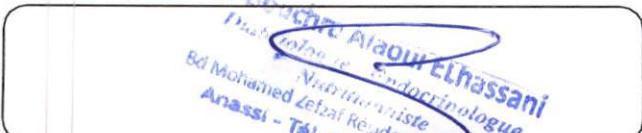
Traitements prescrits :

ADO

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 12/10/23

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.