

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

Nom et prénom : **OUAJAO No Rameel**

Matricule : **10063** N° CIN :

Adresse : **Rue 73 N°6 Derb Attaaoune H. Hassani Casa**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE : **INP : 091013417**

Certifie que Mlle, M^{me}, M. : **BARPA FATIMA**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

ABE

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

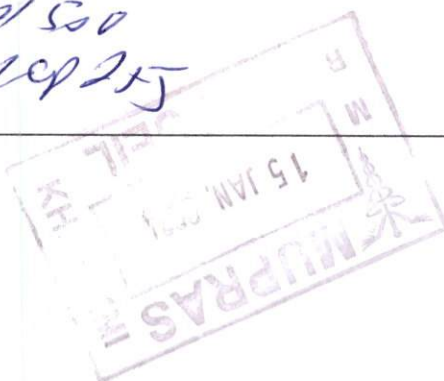
Traitement prescrit :
- **Amonel 3mg. 1cp 2x5**
- **goltruss 50/50 1cp 2x5**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **10/05/24**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. ABDELKARIM CHABOU
Médecin Généraliste
10063
Tél: 0622 22 78 15



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