

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

Nom et prénom : OUAJAD Mohamed

Matricule : 10063 **N° CIN :**

Adresse : Rue 73 N°6 Derb Attiaaoune H. Hassui Casa

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Spécialité :**

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

Certifie que Mlle, Mme, M. : BARFA Fatima

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

A vie

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

Dont ci-joint ordonnance :

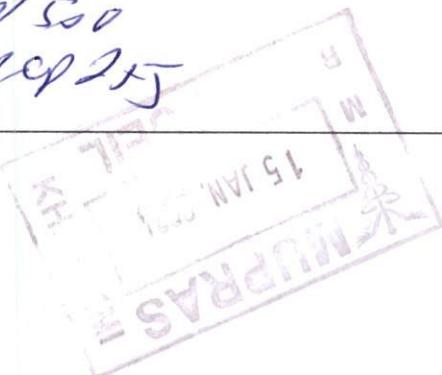
Traitements prescrits :

- Ammanel 3mg. - goferm 50/500
1g 2x5

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 15/05/2024

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