

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom :

GHALMI Aomar

Matricule :

1990

N° CIN :

B 22 992

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

 vie

Désas

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

Dr (Anorectal = 3,21.)

Dont ci-joint ordonnance :
Traitements prescrits :

 sous peit + de tos +
 obte

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à :
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