

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	TAHIR	Mohamed
Matricule :	1432	N° CIN :
Adresse :		
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Spécialité :	
N° ICE :	N° INPE : 091157594	
Certifie que Mlle, Mme, M. :		
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitemen prescrit :		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à :	le 24 AVR/ 2024	
Cachet et signature du médecin traitant :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">             Professeur BENNANI Saâd                       Chirurgien Urologue                       42, Bd. Abdelmoumen - Casa                       Tel: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73         </div>	

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