

188966

## MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme ... **AJOSR... MOUNA.....** ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

néphropathie diabétique

TRAITEMENT PROPOSE :

Thérapie 3 séances / semaine

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

A vie

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 08/01/2024

Cachet et Signature du Médecin



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. P. [Signature]'