

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

Nom et prénom :

Bougaddou Fatima

Matricule :

10 308

N° CIN :

BK 89716

Adresse :

RES FERdaous 6H 1A LSG G8 Etg 2 Apt 7 oufia - rasa

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Pr- El KABLI*

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

09 103 1836

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

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

*Polyarthrite rhumatoïde genc -
vit, rhonf, toux mucoïde*



Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Simeponi
Apirin, parac, antihyp calcifidol, etc.
Myomyl*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casab* **le** *9/9/22*

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

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

