

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

Nom et prénom : **SABER MED**

Matricule : **5326** № CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

№ ICE : **0016 3831 200000000000** Spécialité : **Urologue**

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

ATNAL NO MUYJ, UNOSTA

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **10 OCT 2022**

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

