

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

Nom et prénom : SCALLY Fabrice Ézéchiel

Matricule : Y675 N° CIN :

### Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Je soussigne : *Docteur B. Pneumophtalmologue Sultan* Spécialité : *Docteur B. Pneumophtalmologue Sultan*

Je soussigne : *Docteur B. Pneumophtalmologue Sultan* Spécialité : *Docteur B. Pneumophtalmologue Sultan*

Nº ICE : 1 Rue de la Cash 022 82 23 Nº INPE : 0189 71 Casal 022 82 03 18

Certifie que Mlle, Mme, M. : SCALLY Faune Ezzehra

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 :**

Brachite à répétition avec brûlants complétée avec — asthme féroce.

**Dont ci-joint ordonnance :**

#### Traitements prescrits :

- Foster pond  
- Vulture

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Angers le 28/11/13

**Cachet et signature du médecin traitant :**

DOCTEUR BENJAMIN WALLEMAN  
Dermatologue et Vénérologue  
100, boulevard de l'Assomption  
Montréal, Québec H3B 1Z2  
Téléphone 514/875-2342



\*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

