

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

Nom et prénom : *youssef Souhaïf EL NECHRAFI*
Matricule : *05676* N° CIN : *A 21434*

Adresse : *HABITUELLE*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *youssef Souhaïf EL NECHRAFI* Spécialité : *Dr EL MAJHAD Amine*
N° ICE : *101168169* N° INPE : *Cardiologue*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *youssef Souhaïf EL NECHRAFI* INPE : *101168169*

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 :

fit avec ACD d'arc H

Dont ci-joint ordonnance :

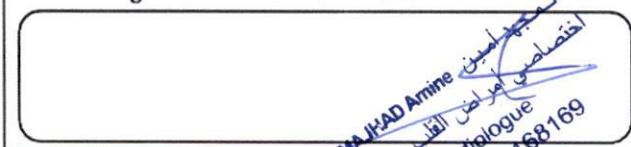
Traitement prescrit :

Orosyl 10 mg. n°1

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Témara* le *12/02/2023*

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