

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

Nom et prénom : HARIFI BACHIR RACHID

Matricule : 2387 **N° CIN :** G 52110

Adresse : 64 HAY AL MAGHRIB AL ARABI SECTEUR 1 TEMARA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

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 :

BPCO drogue novac
(EFRI: si drogue ne passe pas),

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :
- Sibutramine
- Tlénax
- colic.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : helut le 17/1/23

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