

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

Nom et prénom : RAHHALI Abdellkader

Matricule : 2320 N° CIN : 3210

Adresse : Rue 1 N° 26 Diour Lakraa Mohammedie

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

091236521

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 :

Replast Vélique n.d.l

Dont ci-joint ordonnance :

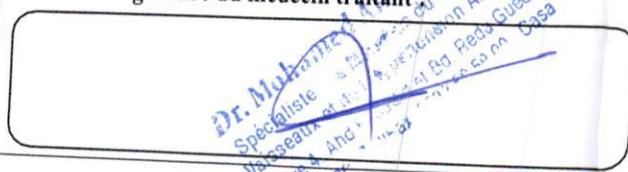
Traitement prescrit : Sintax - Naxek 360 - Tristar 95
Myo 140 100 100 100 100

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

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