

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

Nom et prénom : MHAMDI MUSTAPHA

Matricule : 1409 **N° CIN :** B 48 133

Adresse : 5, RUE KADI JASS APP N°6 NAARIF CASA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : JAWHARI JAWA

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 :

Rechute au lair

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

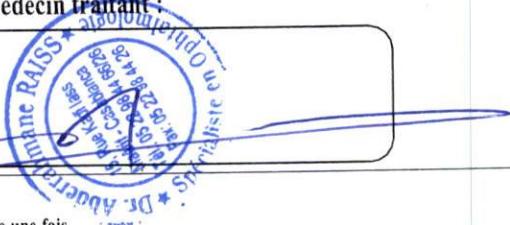
Paracétamol 500 mg
Aptx 3h



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : MRA le 11/04/2023

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