

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

Nom et prénom : **MEKOUAR Houfissa Veuve Farid ACTHOUR**
Matricule : **3265** N° CIN : **A.3190**
Adresse : **Résidence Oulfa - I lot 4 - maison 18
Kassabat El Kheir - HARHOURA**
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Abdellah El Maghraoui** Spécialité : **Professeur de Rhumatologie**
N° ICE : N° INPE : **Av. Mohamed V, Rue Bait Lahm,
Imm B, n° 6, Rabat • Tel/Fax: 0537732322
INPE: 101111269**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Mekouar Noufissa**
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 :

Rhumatisme psoriasique

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Mefenoxate**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le **01 / 05 / 23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Abdellah El Maghraoui
Professeur de Rhumatologie
Av. Mohamed V, Rue Bait Lahm,
Imm B, n° 6, Rabat • Tel/Fax: 0537732322
INPE: 101111269



* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées