

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

Nom et prénom :

*MAKHLOUKI MUSTAFA*

Matricule :

*3687*

N° CIN :

*B.90376*

Adresse :

*81 Rue Rehal Ben Glouel Belveder CASABLANCA*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. El Mehdi KHYA**  
*Médecin Généraliste*

Spécialité :

N° ICE : *INPE: 091240044*  
*GSM: 06.69.82.84.38*

N° INPE : *091240044*

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA* le *01 06 2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. El Mehdi KHYA**  
*Médecin Généraliste*  
*INPE: 091240044*  
*GSM: 06.69.82.84.38*

\*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

741  
220/1