

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

Nom et prénom : *Mr El Houssein Bouzaache*

Matricule : *1359* N° CIN : *F 94494*

Adresse : *Res El Mameunia Imm 06 APPT 19 Fabrique sale.*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *Dr. El Houssein Bouzaache* Spécialité : *C S*

N° ICE : *602000704444* N° INPE : *105180106*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  À vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*maladie de Parkinson*

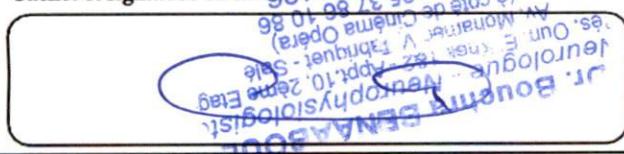
Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :  
*- Meldonium*  
*- Lumbalil*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Sidi* le *18/05/23* N°INPE : *105180106*

Cachet et signature du médecin traitant :



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

