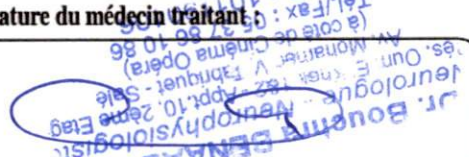


Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>My El Chitar Bouazza</u>	
Matricule : <u>1359</u>	N° CIN : <u>F 94494</u>
Adresse : <u>Res El Mamounia Imm 06 APPT 19 Tabriquet Sale.</u>	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <u>[Signature]</u>	Spécialité : <u>[Signature]</u>
N° ICE : <u>6020007</u>	N° INPE : <u>101280106</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <u>myélocie Parkinson</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>- MADOPAR</u> <u>- TRINIVAL</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <u>Sale</u>	le <u>18/05/23</u>
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">  </div>	

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

