

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

Nom et prénom : *MHAMDI MOSTAPHA*

Matricule : *1409* N° CIN : *B 48133*

Adresse : *5, RUE KADÏ JASS App. n° 6 MAARIF CASA*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr BENABDALLAH* Spécialité : *Généraliste*

N° ICE : *091085656* N° INPE : *091085656*

Certifie que Mlle, Mme, M. *M. BENABDALLAH* certifie.

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 :

*N.T.A*  
*2 mois*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- *Ploria*  
- *Kadidjine*

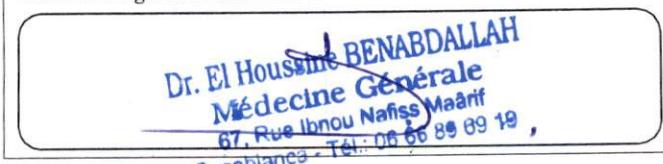
*Triptec 20*  
*TA 19922 20*

- *Jonmet*  
- *en dentifil*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *01/06/2023*

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, MUFRAS garantie la confidentialité des informations communiquées