

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

Nom et prénom : *Fassi Fihri Maria*

Matricule : *735* N° CIN : *B 367854*

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : *DI ZOHEIR Fatima* N° INPE : *INP:091142729*

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 :

*Coronos petite stent en Août 2022
Drolete*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *Cobretivo - Colplax x 75/100 - Crestora*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Le 31/05/2023*

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, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées