

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

Nom et prénom :

BOURICH Mohamed

Matricule :

1257

N° CIN :

B 14475

Adresse :

*lot Haj Fateh Rue 4 N°15 Flonfa CASABLANCA*Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant
Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que M^{me}, M^{me}, M^{me} : *Chaabane khadija épouse Bouricht*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 :

*(Voir Holter TA + Pliku
 Badois + ETT)*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

** AMEP 5 1CPG
 * Crestor 10 1CPL*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

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

