

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

Nom et prénom : *SINNAS KHAJIGA*

Matricule : *188P* N° CIN : *B 210417*

Adresse : *68, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *Dr BENTHAYOUN GHITA* Spécialité : *cardiologie*

N° ICE : *001734293000063* N° INPE : *INPE : 091143875*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Sinnes Khadija*

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Tasse 160 , dulox 5/6 , 25*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA* le *12/06/2023*

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, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées