

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	3068 <i>Amma K. L. D. O. J.</i>
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>BAB A. K. L. D. O. J.</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>(Levofloxacin 500 mg / 24h - 120)</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le :
Cachet et signature du médecin traitant : <i>Amel</i>	
<i>26 / 11 / 21</i>	



* Cette déclaration est renouvelable une fois

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