

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

Nom et prénom : EL OUJANI MOHAMED

Matricule : 02459

N° CIN : B65054

Adresse : N°77 LOT. HAMZA SIDI MAAROUF CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *D K. TOUARD*

Spécialité : *UROLYME*

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *EL oujani*

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 :

Problème

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

confinis

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casab* le *18/09/23*

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.

