

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

 Nom et prénom : **OUAJIH ABD**

 Matricule : **3151**

 N° CIN : **SH13431**

 Adresse : **Quartier el qods avenue Ibn Badis N° 21 Laayoune**

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

 Je soussigne : **Dr. BENKIRANE MED JALIL** Spécialité :

N° ICE :

**HEPATO GASTRO ENTEROLOGU
13, BD. AIN TAOUJITATE - CASA**

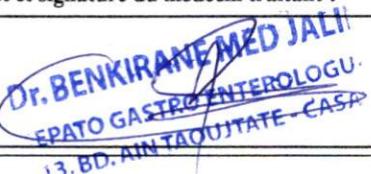
N° INPE :

**Dr Mohammed Jalil Benkirane
091023663**

 Certifie que Mlle (Mme) M. : **EL MGHARI AÏCHA**

 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 :
RCIT
Dont ci-joint ordonnance :
Traitements prescrits :
**1) Salenozine 500mg
2) Pentasa 1g cap**
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : **051 le 10/05/2023**
Cachet et signature du médecin traitant :


Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGU
13, BD. AIN TAOUJITATE - CASA

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

