

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

Nom et prénom : **BEN BACHRAH SMAIL**

Matricule : **03443** N° CIN :

Adresse : **LISSASFA 2 Bloc A N°24 CASA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr EL KABLI** Spécialité : **Médecine Interne**

N° ICE : N° INPE : **09 103 1336**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Fahmi Rkia**

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 :

**Polyarthrite Rhumatoïde : poly
arthrite chronique + Ac anti CCP > 500**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Quinux 15 1 inj sc 1 semaine Actel
cortoxyl 5 comprimés 1 semaine**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **25/12/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Professeur EL KABLI H.
Médecine Interne
INPE : 091031336**

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

