

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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *docteur*

N° ICE :

N° INPE : *31199377*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *ATM* *Guerga*

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 :

Dr. - Salé de type II

HbM: C: M, 77

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Dr Salé ne prescrit

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *18/3/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :



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