

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

Nom et prénom : *M. CUNICHA T Mohamed*

Matricule : *8242* N° CIN :

Adresse : *Cité IRAKIA N° 09 Berrichou*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr TALIBI* Spécialité : *MC*

N° ICE : *08M64336* N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *BEN FARAI Amina*

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 :

*+ Prise de sang -
+ NEPHRO PROTECTION -*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

— ALTEC 2,0 —

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le *08 AVR 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