

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

Nom et prénom : *GOURY LHASSAN*

Matricule : *06415* N° CIN : *BE 30255*

Adresse : *N° 5, Rue Khalil Matran casse*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

N° ICE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *OUARACH YASNAE. GOURY*

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 :

*Gouautes - Altuse ou coude.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *Ghondostine 500 mg - AINS - antalgique  
VITamine D.*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *20/05/2023*

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