

**MLE-5156**

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

Nom et prénom : **Naoua Lohoussou**

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Je soussigne :

N° ICE :

**Partie réservée au médecin traitant**

Spécialité : **Néphrologie**

N° INPE : **0713 06228**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Naoua Lohoussou**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**transplantation réale en 17/12/2018.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Enalapril 10g : 5g x 21j pbt 3 mois à renouveler  
Cellcept 600g : 1cp x 21j pbt 3 mois à renouveler**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Marrakech** le **09/04/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Bouhjar Sara**  
**Service de néphrologie**  
**Hémodialyse-TR**  
**CHU Med VI Marrakech**

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