

✓

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

Nom et prénom : M2 Houssein Laben

Matricule : AL119 N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : FEL OTMANI Spécialité : Neurologue

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :**

affection neurologique chronique  
(voir att att att détaillé)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :  
Nicart - anesthésie  
- Bao So

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 09/11/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

*Professeur F. EL OTMANI  
NEUROLOGUE  
Explorations Neurophysiologiques :  
ENMG - EEG  
Tél: 06 67 17 33 11 - INP : 091032391*



\*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