

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

Nom et prénom :

Matricule : *14 89*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

*BD. Yacoub Mansouri N° 19 Marabout - Casablanca
Tél. 05 22 25 50 40 - GSM. 06 61 09 29 48*

Je soussigné :

EEG - EMG

Neurophysiologie - Explorations

Neurologue - Explorations : ICE N°

Docteur KHALIL LABHI

Certifie que Mme, M. :

Spécialité :

Neurologue -

N° INPE : *09 11 84 606.*

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 clinique.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Anti dépresseurs, Acétylénic, Dexaméthasone.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Carabache* le *24/11/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur KHALIL LABHI

*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