

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

Nom et prénom : **MAATOU QUI Mohamed**

Matricule : **02189** N° CIN : **B 203525**

Adresse : **G 7 Rue 105 X/16 OULFA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : **001821946800061** N° INPE : **091178301**

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 Neuro dégénérative confirmé sur le plan Neuropsychologique et Imagerie*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Doutep, Plaza, Ruttlex**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Agadir** le **08/01/2024**

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