

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

Nom et prénom : **MAATOUQI Mohamed**

Matricule : **02189** N° CIN : **B203525**

Adresse : **GT Rue 105 XI = 6 OULFA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Neurologie**

N° ICE : **001849468000061** 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 :

**Atteinte neurodégénérative confirmée
sur le Bilan Neuropsychologique et Imagerie**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Doutep, Zana, Rutelex**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** 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 garantit la confidentialité des informations communiquées