

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

Nom et prénom : **HARCHA CHE EL MAACHI**

Matricule : **2516** N° CIN : **3 53 804**

Adresse : **Hay Hassani Bloc 102 N° 20 de EL AMAL CASA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Dr. SAMI Mustapha**

*Neuro-Chirurgien*  
 39, Bd. Rahal El Meekni  
 Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. SAMI Mustapha** Spécialité :

N° ICE : **091124830**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

**Harchache khalil**

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 :

*Dep 2016 Epilepsie fréquente ECG : ralentissement discret  
 TDM cérébrale normale*

Dont ci-joint ordonnance : **X**

Traitement prescrit :

*Lamictal 100 1/2 - 0.1*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / **22 JAN. 2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. SAMI Mustapha**  
*Neuro-Chirurgien*  
 39, Bd. Rahal El Meekni  
 Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca

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

