

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom : EZ LZ
Matricule : 2823 **N° CIN :**
Adresse :
Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne : D. HOUSS **Spécialité :** Neuro Chirurgien
N° ICE : 001524581000009 **N° INPE :** 091076083
Certifie que Mlle, Mme, M. : Bouhane LARHIBA
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 :

Ostéoprose + Hernie postéro-médiane postero-latérale
DR en L5 et S1

Dont ci-joint ordonnance :
Traitements prescrits :
Fosavanc 4g
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : Carha **le** 21/12/2023
Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. ADDIKA YAHIAI
NEUROCHIRURGIEN
Neuro Clinique de Casablanca
Tél : 0522 82 11 11



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