

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

Nom et prénom : *RA Moustapha Mouloud*

Matricule : *1489* **N° CIN :**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Spécialité :** *Neurologie*

N° ICE : *08 11 84 606* **N° INPE :** *08 11 84 606*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Moustapha* **DOCTEUR RABHI**
Neurologue Explorations
Bd. Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansour
2ème Etage N° 19 MLC Casablanca
A vie

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Troubles neurocognitifs.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *ERIXA 20* **FLUOXET**
DOPEZIL 10 **D-cine, Tanakan.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casab* **le** *15/02/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Rajaa RABHI
 Neurologue Explorations
 Neurophysiologiques
 EEG EMG
 Bd. Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansour
 2ème Etage N° 19 MLC Casablanca

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