

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

Nom et prénom : *Zouine Abdelk*

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr SEBRIKI* Spécialité : *Neurologie*

N° ICE : N° INPE : *0911 26417*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Zouine Abdelk*

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 :

*IRM crâne -*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*cf ordonnance -*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *05/05/2023*

Cachet et signature du médecin traitant

*Dr Abdelhak El Hachemi, Neurologue, Chef de Clinique, Hôpital El Hachemi, Casablanca*  
TEL : 05 22 48 38 79

16 MAI 2024

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