

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

Nom et prénom : **HOUDEIR LAHSEN**

Matricule : **1419**

N° CIN : **B 28268**

Adresse : **7605 Hôpital Allé des Touriers Casablanca**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **HOUDEIR LAHSEN**

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Amixt**
Ebraxa

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **labex** le **22/08/2023**

Cachet et signature du médecin traitant : **MANI**

Professeur
NEUROLOGUE
Explorations fonctionnelles physiologiques:
ENMG - EEG
Tél: 06 67 17 33 11 - RPP: 091032391

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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