

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

Nom et prénom : **HOUDEIR LAHSEN**

Matricule : **1419**

N° CIN : **B 28268**

Adresse : **7 lot 5 Hafid Allié des Fourriers 6ème étage Casablanca**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mme, 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 :

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **l'abs** le **22/08/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

NEUROLOGIE
 Explorations fonctionnelles physiologiques:
 ENMG - EEG
 Tél: 06 67 17 33 11 - HP: 091032391

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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