

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

Nom et prénom : **BENBRAHIM HASSAN**

Matricule : **9043** N° CIN :

Adresse : **BOURGOGNE**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Docteur BOURGOGNE** Spécialité : **Neurologue**

N° ICE : **1310-656-42** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **NAOURI LATI FA**

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 :

Typodie paroxyscale depuis 2010

Dont ci-joint ordonnance :

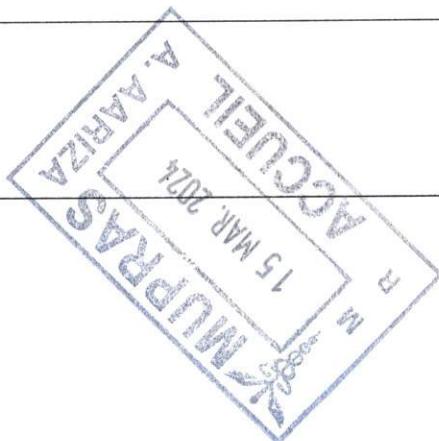
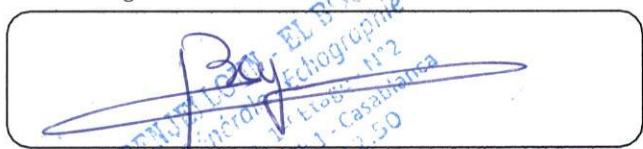
Traitement prescrit :

EUTI RO

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **9/5/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



* 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