

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *5695*

Matricule : *AA9ouch NAIMA* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Mohamed AGOUB**  
 Professeur de Psychiatrie  
 TPA - Clinique Villa des Lilas  
 N° ICE : Tél : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36

Spécialité :

N° INPE : *91035493*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

*depres, dépression + anxiété*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Esciplex  
Sertraline  
A clonazepam*

*Lysanxia 10  
Stim*



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

*le 7/9/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Mohamed AGOUB**  
 Professeur de Psychiatrie  
 TPA - Clinique Villa des Lilas  
 Tél : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36  
 INPE : 91035493

\*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