

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

Nom et prénom : **GUSSOUS Abdelkrim**

Matricule : **11437**

N° CIN : **M295567**

Adresse : **64, Rue Curie EL JADIDA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SMAHI SAKINA**

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 :

- Migraine avec aurore ophthalmique chronique  
résistante à plusieurs traitements

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : - Loroxyl - Topitemel - clonazepam  
- Migrul - Di-indo - IPP

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **10/11/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. SABIRY Sara**  
Neurologue - E.G. - ENMG  
548, résidence souha, N°7 angle  
2, rue Mohammed VI - Casablanca  
Tel: 06.22.22.10.10 - GSM: 06.53.45.60.46

\* 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

