

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

EL HADDAD MBAREK

Matricule :

R.00002

N° CIN :

A 7738

Adresse :

Avenue soudane Rue EL AZHAR N°217 Tabriquet Safé

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Dr. AZEROUAL Zahra**

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Medecin Spécialiste en Psychiatrie

INPE : 101264810

Spécialité :

Psychiatrie

N° ICE :

Tél : 05 30 00 06 13

N° INPE :

DR AZEROUAL Zahra

Medecin Spécialiste en Psychiatrie

Certifie que Mlle, Mme, M. :

EL HADDAD MBAREK

INPE : 101264810

Tél : 05 30 00 06 13

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 :

Diagnostic

clinique:

sd schizophrénie  
sd chronique  
sd chronique

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Machzypa 05, 1-0-1

Levomeprom 05 : 0-0-1

Fluoxet 200 : 0-0-1

Pozyl 05 : 0-0-1

Tamoxif 05 : 0-0-1

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Safé

le

26/01/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. AZEROUAL Zahra**

Medecin Spécialiste en Psychiatrie

INPE : 101264810

Tél : 05 30 00 06 13



\* 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