

**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 : **AAYOUCHE Naïma**

Matricule : **05695**

N° CIN :

Adresse : **115 Résidence "LA CASE" Rue El Fourate 4^{ème} étage
Apt 465 / Maârif Casablanca MAROC**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérente ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr M. Agour**

Spécialité : **psychiatrie**

N° ICE :

N° INPE : **081035493**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **AAYOUCHE Naïma**

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 :

**Des ans récurrents avec un impact
majeur sur le fonctionnement social**

Dont ci-joint ordonnance : **non délivrée**

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CA** le **23 / 05 / 2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Mohamed AGOUR
Professeur de Psychiatrie
TPA - Clinique Villa des Lilas
Tél : 05 22 77 41 40 - 06 63 67 99 36
INPE : 9103 493

17 MARS 2023

* 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