

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

Nom et prénom : **AAYOUCH Naima**

Matricule : **05695**

N° CIN :

Adresse : **115 Résidence "LA CASE" Rue El Fourate, 4^{eme} étage
Apt 465 1 Maârif Casablanca MAROC**

Bénéficiaire de soins : Adhérente Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr M. A. Agouir**

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **AAYOUCH Naima**

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 épisodes récurrents avec un impact
majeur sur le fonctionnement social**

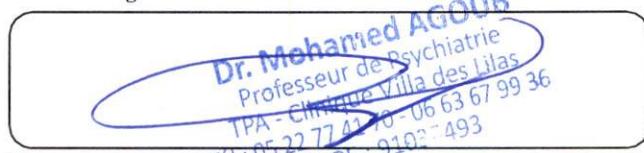
Dont ci-joint ordonnance : **non**

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **cas** le **23/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



17 MAI 2023

*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