

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **HARHAR SAMIRA**

Matricule : **887** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne **Dr ANWAR Mohamed Yassin** Spécialité : **PSYCHIATRE**  
*Medecin Specialiste en Psychiatrie*

N° ICE : **imm 7 Appt. 2 - 1er Etage Sidi Maarouj** N° INPE : **091196501**  
*Casablanca - Tél : 05 22 78 82 42*

Certifie que Mlle, Mme, M. : **HARHAR SAMIA**

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 :

**Episodes dépressifs récurrents avec des symptômes hallucinatoires**

Dont ci-joint ordonnance :

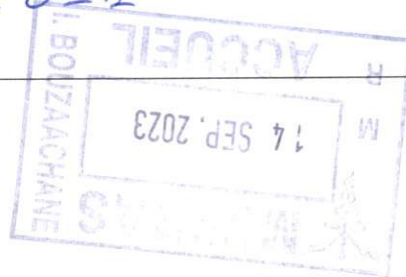
Traitement prescrit : **1- NO-DEPRO gp: 1-0-0**  
**2- Serquel GP: 0-0-1**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **31/08/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr ANWAR Mohamed Yassin**  
*Medecin Specialiste en Psychiatrie*  
Bd Abou Bakr El Kadir Résidence Na'im  
imm 7 Appt. 2 - 1er Etage Sidi Maarouj  
Casablanca - Tél : 05 22 78 82 42



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées