

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

Nom et prénom : **M^r ZAHID Jilali**

Matricule : **2537**

N° CIN :

Adresse : **AL QODS RE AL FAJR IM RAYHANE N°6 BERVOUSSI CASA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Je soussigne : **Dr. Jamal BENJELLOUN TOUIMI**
Spécialité : **Cabinet de Neuropsychiatrie et de Sexologie**
N° ICE : **203, Bd Zerkouni - Casablanca**
N° INPE : **203, Bd Zerkouni - Casablanca**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Tél: 05 22 95 01 36 / 37**
INPE: 091023259

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 :

Troubles psychiques chroniques

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Lundigil 25 - Sahin 50**
Tensio (2,5) Janval Bonyl

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **13.02.2024**

Gachet et signature du médecin traitant

Dr. Jamal BENJELLOUN TOUIMI
Cabinet de Neuropsychiatrie et de Sexologie
203, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 95 01 36 / 37
INPE: 091023259

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



**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 : **M^r ZAHID Jilali**

Matricule : **2537** N° CIN : **B/15963**

Adresse : **AL PODSIM RAYHANE N°6 BARNOUSS, CASAB**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : **00168112008** N° INPE : **091113209**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

HTA sous trithérapie

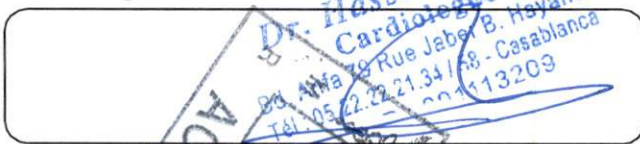
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **cf ordonnance**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Cas** le **14/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



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

