

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

Nom et prénom : **Jaouy Abdelkhalik**
Matricule : **7700** N° CIN : **B568299**
Adresse : **Ab Koréa Rue 22 N° 43 20250 CASABLANCO**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Ghita El Khayat** Spécialité : **Psychiatrie**
N° ICE : N° INPE : **091056508**
Certifie que Mlle, Mme, M. :
Nécessitant un traitement d'une durée : **3** ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

sd insomnie + EDep

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

PSY

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **17 OCT. 2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Ghita EL KHAYAT
Médecin-Psychiatre Psychanalyste
131, Bd. d'Anfa - Casablanca - Maroc
Tél.: +212 522 270 907 - Fax: +212 522 205 498
Email: ghita_khayat@gmail.com



* 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

