

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

Nom et prénom : **ELHANI ABDELHAK**

Matricule : **10350**

N° CIN : **BE449435**

Adresse : **LOT DARCHAoui Rue OS N°36 Ain Chok casab**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **D N. BENNIS**

Spécialité : **Généraliste**

N° ICE :

N° INPE : **091026617**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **EL HANI Abdelhak**

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 :

**Depression hennérale + Vanilly**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

**Voir ordonnance**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **cese le 21/05/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr Nasser BENNIS**  
Médecin Générale  
Expert Assermenté près les Tribunaux  
Tél C: 05 22 28 88 18 - D: 05 22 25 33 94

Gsm: 06 63 08 00 33

\*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

