

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

Nom et prénom : **EL HANI ABDELHAK**

Matricule : **10350**

N° CIN : **BE442435**

Adresse : **LOT D'ARCHAOUI Rue OS N°36 AIN CHOK Casablanca**

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 nerveuse + variée

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

voir ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **24/05/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Nasser BENNIS
Médecin Généraliste
Expert Assermenté près les Tribunaux
Tél C: 05 22 28 88 10 - D: 05 22 26 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 garantit la confidentialité des informations communiquées