

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

Nom et prénom : **Mr ZAHID Jilali**  
Matricule : **2537** N° CIN : **B 105963**  
Adresse : **7005 RE AL FASK IM RHANE M6 EL BAWSSI  
CASA**  
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr Jamal BENJELLOUN TOUMI** Spécialité : **Docteur Benjelloun**  
**Cabinet de Neuro-psychiatrie** **Touimi Jamal**  
**et de Sexologie** **Neuropsychiatre**  
N° ICE : **203, Bd. Zer touni - Casablanca** N° INPE : **INPE : 09102325**  
Tél : **05 22 95 01 36 37** **Docteur Benjelloun**  
**Touimi Jamal**  
**Neuropsychiatre**  
INPE : **091023259**  
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 :

**psychotique chronique**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**tenesta (2.5) - s-citap 10 - scthe 50**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **27/10/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr Jamal BENJELLOUN TOUMI**  
**Cabinet de Neuro-psychiatrie**  
**et de Sexologie**  
**203, Bd. Zer touni - Casablanca**  
**Tél : 05 22 95 01 36 37**



\*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