

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

Nom et prénom :

G HOUMAS Samira

Matricule : 3291

N° CIN :

Adresse : HAY AODSS RES ALTAIR Imm ALMAYRI ALI BENMUSSEK CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : psychiatrie

N° ICE :

N° INPE : 092249417

Certifie que Mlle, Mme, M. : Ghomaj Samira

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 :

An hébrie, Anxiété, Anorexie, Anorexie, Anxiété, irritabilité

Dont ci-joint ordonnance :

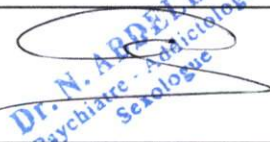
Traitement prescrit :

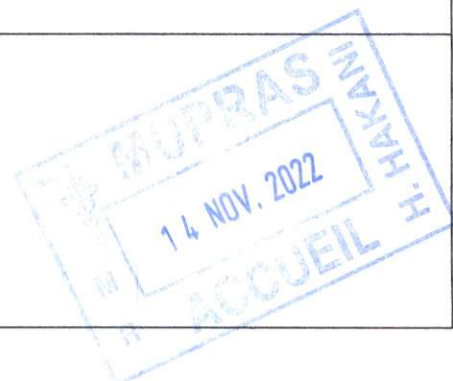
Anti-dépresseur

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 10/11/2022

Cachet et signature du médecin traitant :





* 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