

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

Nom et prénom :

Matricule : **2093**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr Benbrahim Brahim** Spécialité : **Neuro-psychiatre**

N° ICE : **02245511 000033** N° INPE : **091021386**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **N° AKKA Thalitha**

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 :

Sur demande

tests de repérage

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**- ALMANTIN 20 = 01/01/1
- ISPERID 2g 11/01/2**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Oran** le **08/10/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. BENBRAHIM Brahim
Neuro - Psychiatre
Clinique des Dunes
206 Av. Mers Sultan Casablanca
Tél: 05 22 47 34 53



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées