

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

Nom et prénom : **NAJAH ABDESSALAM**

Matricule : **01518**

N° CIN : **3335666**

Adresse : **141 lot la Commune Sidi Maârouf, CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **DR NABAROU. Abdellah** Spécialité : **Psychiatre**

N° ICE : **001719085000015** N° INPE : **091097436**

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 :

**Patient suivi depuis 1980 par R.N.D  
avec des multiples hospitalisations  
assouvi par une attente mensuelle**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : **Dopetamine 500 mg Dipalgal  
Sufentanil, Inzips, Almogest, Athyromid**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Co de** le **5 / 2 / 2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



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