

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
<b>Nom et prénom :</b> <i>HILOUA ADEL MOUNHA</i> <b>Matricule :</b> <i>06938</i> <b>N° CIN :</b> <i>BS79157</i>	
<b>Adresse :</b> <i>Lot. Almousa Tawd N°8 Bregz L'Alphina Essaouira</i>	
<b>Bénéficiaire de soins :</b> <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
<b>Je soussigne</b> <i>Dr.KARAOUT Bouchra Gynécologue Obstétricienne</i> <b>N° ICE :</b> <i>22 Bd. Omar El Khayam Tel:0522366900-Fax:0522</i>	
<b>Spécialité :</b> <i>Gynécologue</i> <b>N° INPE :</b> <i>00000000000000000000000000000000</i>	
<b>Certifie que Mlle, Mme, M. :</b> <i>Blizayneut</i> <i>Attia</i> <b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b> <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
<i>Valek</i>	
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b> <i>Hep rezult el Niveau d'ur 10a..</i>	
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b>	
<b>Traitement prescrit :</b> <i>Valek SW</i> <i>Attia</i>	
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b> <b>Fait à :</b> <i>le / /</i>	
<b>Cachet et signature du médecin traitant :</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <i>Dr. KARAOUT Bouchra</i>  <i>Gynécologue Obstétricienne</i>  <i>22 Bd. Omar El Khayam</i>  <i>Tel:0522366900-Fax:0522</i> </div>	
<div style="text-align: right; margin-right: 100px;">    </div>	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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