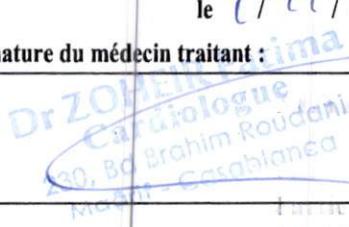


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit  |  |
|--|--|
| <b>Nom et prénom :</b> <i>KOUTANI MOHAMED</i><br><b>Matricule :</b> <i>1864</i> <b>N° CIN :</b> <i>B 79683</i><br><b>Adresse :</b> <i>CITE HASSANI RAJAS 28 - NO 947 EAST</i><br><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><br><b>N° ICE :</b> <i>Dr ZOUIER Fatima</i><br><b>Certifie que Mlle, Mme, M. :</b> <i>Zouhair Roudani</i><br><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                        | <b>Spécialité :</b><br><b>N° INPE :</b> <i>08-04-27-18</i> |
| <b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b><br><i>HTA - Diabète - Hypothyroïdie.</i>  |  |
| <b>Dont ci-joint ordonnance :</b><br><b>Traitements prescrits :</b><br><i>lotenau 5/160</i><br><i>zetarel 1</i><br><i>karotape 75-1.</i>   |  |
| <b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b><br><b>Fait à :</b> <i>le 9/11/2022</i>   |  |
| <b>Cachet et signature du médecin traitant :</b><br>  |  |



\*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

Signature