

ND:  
151103

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Zouafi ZP Mostafa
Matricule :	10349
N° CIN :	B 20 66 44
Adresse :	20, rue 65 Derb el Manja
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. Aounaou Rousra
N° ICE :	N° INPE : 091256982
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Zouafi Mostafa
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
DTZ / 12h, Rousra Fousij 20 Hemaly Nsc 50 32 - 10-24 Rousra S. 20	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Hemaly Nsc 50 32 - 10-24 Rousra S. 20 Fousij 20	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Cnle le 11 MARS 2023
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