


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : AAYOUCH Naïma	
Matricule : 05695	N° CIN : B536173
Adresse : 115. Rue El Fourate ; "Résidence LA CASE" 4^{ème} étage Ap^t N° 405 / Maârif - Casablanca MAROC	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérente <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : D CARIOU	Spécialité : Endocrinologue
N° ICE :	N° INPE : 091 039 412
Certifie que Mlle, Mme, M. : AAYOUCH Naïma	
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 : Hemithyroïdectomie G 1990. Lenvo Hypo 15	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : leno Hypo 15	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casa	le 05/05/23
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. CARIOU - BELQADI Joelle ENDOCRINOLOGUE 115, Bd. Bir Anzarane Maârif - CASABLANCA </div> <div style="margin-left: 20px;">  </div>	

* 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

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

Nom et prénom : **AAyouca Naïma**

Matricule : **05695**

N° CIN : **B536173**

Adresse : **115, Rue El Foyrate, "Résidence LA CASE" 4^{ème} étage
Ap^t N° 405 / Maarif - Casablanca MAROC**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr M. Agoub**

Spécialité : **Psychiatrie**

N° ICE :

N° INPE : **081035493**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **AAyouca Naïma**

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 :

Trouble dépressif récurrent

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **a-PT 10mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CAV** le **26/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Mohamed AGOUB
Professeur de Psychiatrie
TPA - Clinique Villa des Lilas
Tél : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36
INPE : 91035493



* 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