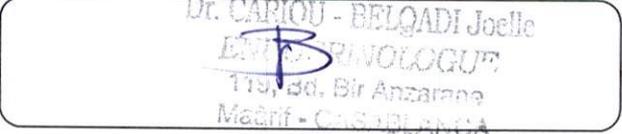


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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 Apt 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 :	
Hémithyroïde et ovarie G 119901. Lévothyrox 15	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Lévothyrox 15	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa le 05/05/23
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

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

Nom et prénom : *AAyouca Naïma*

Matricule : *05695*

N° CIN : *B536173*

Adresse : *M5, Rue El Foukate, "Résidence LA CASE" 4^{ème} étage
AP N° 405 / Maârif - 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 adouelle*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CAV* le *2/6/22*

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