

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>KARTI ET MOSTAFA</b>	
Matricule : <b>6826</b>	N° CIN : <b>B 195305</b>
Adresse : <b>LOT. ESSALAMA 2 N°33 SIDI TAAROUF CASA</b>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : <b>091045991</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>KARTI ET MOSTAFA</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>Voir ordonnance</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>CASA</b> le <b>30/11/22</b>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. ATLAS Mustapha</b>  <b>Cardiologue</b>  <b>أخصائي أمراض القلب والأوعية الدموية</b>  <b>Généraliste</b>  <b>06 29 52</b> </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