



Par Pierrout

Le 23/12/2002

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: ..... 9437

Certifie que Mlle, Mme, Mr: FATHI KHAPODOUJ

Présente D.N.I.D (docteur en médecine dépendant)

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Indefinie durée -

Dont ci-joint l'ordonnance: .....

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

الدكتور عبد العزيز العلوي  
Dr. Abdessalam Elouali  
Medecine Generale  
طبيب العام -  
INPE: 041066317

