



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit			
Nom et prénom :	<u>Latifa</u>	RADIA	
Matricule :	<u>9708</u>	N° CIN :	<u>B E S 82818.</u>
Adresse :			
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Partie réservée au médecin traitant			
Je soussigne, <u>Dr Salma TELLOU</u> Pneumologue - Allergologue Imme Marhaba, Angle Avenue Cheikh Saad et Avenue 29 Février Talibet - Agadir - Tel 05 28 82 58 63	Spécialité :		
N° ICE : <u>00000000000000000000000000000000</u>	N° INPE : <u>04 41 40 492</u>		
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Latifa Radia</u>			
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 :			
<u>BPCO</u>			
Dont ci-joint ordonnance :			
Traitement prescrit :			
<u>Mettre</u>			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables			
Fait à : <u>Agadir</u> le <u>21/04/12</u>			
Cachet et signature du médecin/traitant :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <u>Dr Salma TELLOU</u> Pneumologue - Allergologue Imme Marhaba, Angle Avenue Cheikh Saad et Avenue 29 Février Talibet - Agadir - Tel: 05 28 82 58 63 </div>			

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées