



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **ETTANOUTI MOHAMED**

Matricule : **1564**

N° CIN : **B184694**

Adresse : **16, Rue EL OUKHOLANE CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr Hamza BENNOUNA
Spécialité : **Chirurgien traitant**
Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalk CASABLANCA

Je soussigne :

N° ICE : **0522-22-39-39 / 38 38**

N° INPE :

INP 91026914

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ETTANOUTI Mohamed

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 :

BBG + gouttes en œil
HVG + urticaire cutanée

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Sulfur 5/16

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Agadir

le / /

08 JUIN 2022

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 garantie la confidentialité des informations communiquées

