

ml 0769

Réf. : PR03\_004

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>NASSI RAHAL</b>	
Matricule : <b>00769</b>	N° CIN : <b>BE 110097</b>
Adresse : <b>HAY OULFA APOC N RUE 133 NO 47</b>	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <b>Dr HRICHI Rachid</b> Médecin Généraliste 295 Av Oued Tadj Casa Tél : 06 66 80 66 INPE 091076893	Spécialité : <b>Dr HRICHI Rachid</b> Médecin Généraliste 295 Av Oued Tadj Casa Tél : 06 66 80 66 INPE 091076893
N° ICE :	N° INPE :
Certifié que Mlle, Mme, M. : <b>INPE : 091076893</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" 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 : <b>Diabète</b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>Amovet 3 mg</b> <b>Cardio Aspirine</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>CASA</b> le <b>11/11/2022</b>	
Cachet et signature du médecin traitant : <b>Dr HRICHI Rachid</b> Médecin Généraliste 295 Av Oued Tadj Casa Tél : 06 66 80 66 INPE 091076893	



\* 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