

MLE-1670



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DURÉE - VALIDITÉ 6
MOIS

date : 01/01/2024
verso : 01/01/2024
durée : 6 mois

Nom et prénom :

Ghannam Mohamed Hassan
1670 N° CIN : A 6054

Matricule :

Adresse :

Bénéficiaire du soin :

Adhérent

Comptant

Exempt

Partie réservée à l'adhérent ou au patient droit

Je soussigné :

N° ICE :

Confirme que Mme, M. :

Partie réservée au médecin traitant

Spécialité :

N° CIN : 101094735

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

> 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diabète

Hypertension

Dont ci-joint ordonnance :

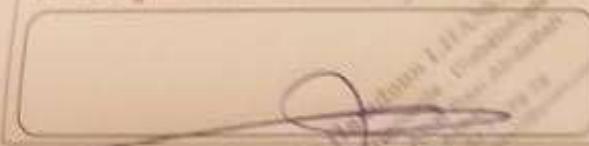
Traitement présent : - Hemorolog 200 mg 2/2
- Rofex 20
- Enforges 80

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 21/3/23

Cachet et signature du médecin traitant :



* Cette déclaration est réservée aux Soins

En application de la loi 95-57 relative à la protection des données à caractère personnel, MELIPAC garde la confidentialité des informations communiquées