

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit			
Nom et prénom :	BENMANI JELLINEH - K. L. d. - )		
Matricule :	3068	N° CIN :	
Adresse :			
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant			
Je soussigne :	Spécialité :		
N° ICE :	N° INPE :		
Certifie que Mlle, Mme, M. :	D. M. T. - K. L. d. - )		
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 :			
DNTB - HTN - Njard.			
Dont ci-joint ordonnance :			
Traitement prescrit :	- Anavals - furosemide 100 - Cardiomag 10 (CereNyl) 450		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables			
Fait à :	07/03/2023		
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 garantit la confidentialité des informations communiquées