


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|--|---------------|
| Nom et prénom : | BENNAI KLIDJ |
| 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. : | |
| 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 : | |
| D.M. H.M. K.L.D. | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | |
| Fait à : | le 28/12/20 |
| 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