

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|---|--|
| Nom et prénom : | NECHOUR LAHOUSINE |
| Matricule : | 8949 |
| N° CIN : | W 48 248 |
| Adresse : | HOY ERAMA 41D Rue MAA AL ARNINE Benachid |
| Bénéficiaire de soins : | <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Dr. YAZIDI Asmaa Néphrologue | |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : | 44, Lot. Chama - Berrechid Tél./Fax: 0522 32 44 95 INP: 091031997 |
| N° ICE : | N° INPE : |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : EL BADAoui Jeneim. | |
| 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 : HbA1c 10.5 - HbA - Diabète type II et goutte. | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : ttt de l'HbA - goutte et le goutte (Allopurinol) | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Benachid le 20/03/2022 | |
| Cachet et signature du médecin traitant : Dr. YAZIDI Asmaa Néphrologue 44, Lot. Chama - Berrechid Tél./Fax: 0522 32 44 95 INP: 091031997 | |

* 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