



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS

code : PR2FR04

Version : 07

Date : 24/05/2022



Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : Sifeddine Abdallah

Matricule : 7115

N° CIN : B537055

Adresse : 16 Passage 4 Tison II. Bemechid

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : Généraliste

N° ICE : 00 2027784000027

N° INPE : 06 1173340

Certifie que Mlle, Mme, M. : Sifeddine Abdallah

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

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

- HTA  
- DNI  
- Anxiété

HB A1C

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Constat 160/5, Contus, Cefuroxime 500/25,  
Cefuroxime 25, Ulysse

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Bemechid le 04/04/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

\* 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