


M/le 7645
CS

Réf. : PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|--|----------------------------|
| Nom et prénom : <u>OUGHNIA Abdelmelini</u> | |
| Matricule : <u>7645</u> | N° CIN : |
| Adresse : | |
| Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : | Spécialité : |
| N° ICE : | N° INPE : <u>091046557</u> |
| Certifie que Mlle, Mme, M. <u>RAFIK NINA ep OUGHNIA</u> | |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie | |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <u>DNID.</u> <u>HBANE 7,7%</u> | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : <u>voir ordonnance.</u> | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | |
| Fait à : <u>CAS</u> | le <u>18/04/23</u> |
| 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

11-2-1964
M.A. 1A-13 GLAM-10
H. 11-2-1964
11-2-1964
11-2-1964

11-2-1964
M.A. 1A-13 GLAM-10
H. 11-2-1964
11-2-1964
11-2-1964