

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **EL EL**

Matricule : **2823**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **D. HOUSS**

Spécialité : **Neuro chirurgien**

N° ICE : **001524581 000009**

N° INPE : **091676089**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Boulane Kh. N. Siga**

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 :

**ostéoporose + hernie postéro-médiane postéro-latérale  
G5 en L5 et S1**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Fosavance cp**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **20/12/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**D. HOUSS**  
**NEUROCHIRURGIEN**  
**Neuro Clinique de Casa**  
**Tél : 0522 82 11 11**



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées