

**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 : **BEN BACHRAH SMAIL**

Matricule : **03443**

N° CIN :

Adresse : **LISSASFA 2° Bloc A° N° 24 CASA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant
Docteur Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Baghdad - CASA
Tél. 0522 22 78 15

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : **091080912**

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Benbachrah Smail**

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 :

**Diabète typ 1 glycémie = 1.3
HbA1c = 7,7 %**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Insulinothérapie

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Baghdad - CASA
Tél. 0522 22 78 15



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