

**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 : **M. GUICHAT Mohamed.**

Matricule : **8242**

N° CIN :

Adresse : **Cité IRAKIA N° 09 Berrichou**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. TALAG**

Spécialité : **MA.**

N° ICE :

N° INPE : **09M64331**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BENFARAJ AMINA.**

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 :

**4 PROTECTING -
7 NEPHRO PROTECTING -**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

ALTEC 2,0 - j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le **08 AVR 2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



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