



Mle 7115

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Sifeddine Abdallah
Matricule :	7115
N° CIN :	B537055
Adresse : 16 Passage 4 Tissin II Bemechid	
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 :	00202778400027
N° INPE :	06173360
Certifie que Mlle, Mme, M. : Kelloum Saoud	
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 : DNID : H5AC : MY.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : - Diamiclon Go - Diaformine 100	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Bemechid
le :	04/04/22
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