

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <i>Sifeddine Abdallah</i>	
Matricule :	<i>7115</i>
	N° CIN : <i>B537055</i>
Adresse : <i>16 Passage 4 Tissi II Ben echid</i>	
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 : <i>00202778400000</i>	N° INPE : <i>001173340</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
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 : <i>HbA1C : 8.80</i> <i>TSHs : 0.35</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Diamé-Cm 60, Folig 10</i> <i>Diclofenac 100, Difek 200</i> <i>Paracét. Fenc 500</i> <i>Levophizex 50, Levophizex 25</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <i>Bléchid le 10/10/2013</i>	
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 garantie la confidentialité des informations communiquées