


Me 7115

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>Sifeddine Abdallah</u>	
Matricule : <u>7115</u>	N° CIN : <u>B537055</u>
Adresse : <u>16 Passage 4 TISSINT BENECHID</u>	
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 : <u>002027784000000</u>	N° INPE : <u>061173340</u>
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 : <u>HbA1c : 8.80</u> <u>TSHus : 0.35</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>Diamicron 60, Folexig 10</u> <u>Diclofenac 100, Dofetilide 200</u> <u>paen-logic, Fenac</u> <u>Levathyrin 50, Levathyrin 25</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <u>Benechid</u> le <u>10/10/2023</u>	
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