

M^e 7115**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droitNom et prénom : **Sifeddine Abdallah**Matricule : **7115**N° CIN : **8537055**Adresse : **16 Passage 4 Timin # II. Berrechid**Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité : **Généraliste**N° ICE : **0020877840000027**N° INPE : **001773340**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

**HbA1C : 7,4
TA : 15/8**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **lantus, sulicart 160/5, Glucovance 80/5
Lamoxyl 25, lysanex**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Berechid** le **05/04/2024**

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