

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	<i>Jabline NINA</i>	
Matricule :	330	N° CIN :
Adresse :		
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	<i>DR BEN NOUNA</i>	
N° ICE :	Spécialité : <i>Dialyseologie</i>	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>Jabline NINA</i>	
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>Diabète HbA1c = 7,5</i>		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit :		
<i>Glucophage 500</i>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à :	<i>Casa le 21/07/22</i>	
Cachet et signature du médecin traitant :		
 <div style="text-align: right;">   </div>		

*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