

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Azennoud Nohammed
Matricule :	3288
N° CIN :	C 106322
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : NG.
N° ICE :	N° INPE : 13106572U
Certifie que Mlle, Mme, M. Azennoud Nohammed.	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits :	Zyfloruc doux 1cp/1i Colchicine 1cp 1cp/1i Presur 50 mg 1cp/1i
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	FE le 15/09/22.
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 garantie la confidentialité des informations communiquées