

*par courrier*

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	<i>Azenoud Nohammed</i>
Matricule :	<i>3288</i>
N° CIN :	<i>C106322</i>
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 : <i>NG</i>
N° ICE :	N° INPE : <i>131065720</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>Azenoud Nohammed</i>	
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 :	
Traitement prescrit : <i>Zyloric 200 mg 1cpl</i> <i>colchicine 1mg 1cpl</i> <i>Prezan 104 1cpl</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	<i>F2</i> le <i>15/09/22</i>
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  </div> <div>  </div> </div>	

\* 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