

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *RACHID BRAHIM*

Matricule : *2424* N° CIN :

Adresse : *N° 27 Rue 10 AL HADIKA S. M. EIBERNOUSSI*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr BENKIRANE SIHAM* Spécialité : *GENERALISTE*

N° ICE : _____ N° INPE : *INPE:091023838*

Certifie que M^{me}, Mme, M^r : *BOUSLOUH YAMNA*

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 :

Bilan biologique à jour

Dont ci-joint ordonnance :

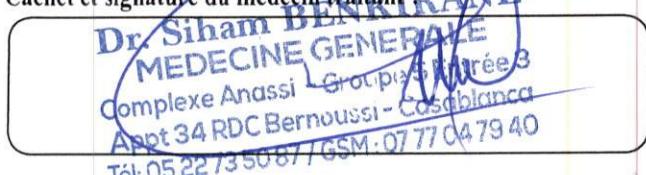
Traitements prescrit : *Metformine*



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa* le *13 Octo 2022*

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