

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **RAFIK MUSTAPHA**
Matricule : **10549** N° CIN : **W4 19948**
Adresse : **16 LOT LALLA MALIKA Rue Yasmine Benachid**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Docteur SAÏD MERJANI** Spécialité : **INPE:61112421**
N° ICE : **0522 33 71 56** N° INPE : **INPE:61112421**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **RAFIK MUSTAPHA** **INPE:61112421**
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 :

Logement

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Zyloric 800 = 2 cp/j; a vie.**
Colchicine = 2 cp/j a vie.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Berrechid** le **14 Nove 2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur SAÏD MERJANI
Méd. G. Tél : 0522 33 71 56
Rue Omar Ibnou al Khattab Berrechid

* 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

