

Me 7115



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 : *Sifeeldine Abdallah*Matricule : *7115*N° CIN : *B537055*Adresse : *16 Passage 4 Tassin II. Bennechid*Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *Généraliste*N° ICE : *00207784000027*N° INPE : *061173340*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

- DNI
- Lombalgie
- Toux

*HbA1c**10,40%*

DOCTEUR MOUNA TAMIMI
 CHIRURGIENNE
 41 RUE TARIK IBNOU ZIAD ETG 1
 BERRECHID 2203223244
 06 76 45 18 45

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- Tramadol 60
- Trafolamine
- Euso Fenac (Lombalgies)
- Paracétamol, EALOMUC

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Bennechid* le *21* / *01* / *2023*

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 garantit la confidentialité des informations communiquées