

8949

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **JECHOUR LAHOSSINE**

Matricule : **8949**

N° CIN : **W 48 248**

Adresse : **HOY ERAMA 4AD Rue MAA AL AYNINE Berrechid**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Dr. YAZIDI Asmaa
Néphrologue

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **44, Lot. Chama - Berrechid**
Tél./Fax: 0522 32 44 95
INP: 091031997

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **EL BACHOUJ Jeneim.**

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 :

**urémie élevée ⊕ - HRA - diabète type II
et goutte.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**tit de l'HRA - goutte et le
goutte (hypotension),**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Berrechid** le **20/09/2017**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. YAZIDI Asmaa
Néphrologue
44, Lot. Chama - Berrechid
Tél./Fax: 0522 32 44 95
INP: 091031997

* 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