

Me<sup>o</sup> 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 : *Sifeddine Abdallah*

Matricule : *7115*

N° CIN : *B537055*

Adresse : *16 Passage 4 Tassin II. Benechid*

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité : *Généraliste*

N° ICE : *00202778400027* N° INPE : *061173340*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Kelloum Soud*

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 :

*DNID Gaz 196  
HbA1c 9.8%  
TSNUS : 18.12*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Diamicron Go 2g ; Diaformine 100 + 2/  
Fexiga 10mg 1g. Loothypur 50.25*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Benechid* le *04/07/22*

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