

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Par courrier

2437

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

Nom et prénom : **BEN DAoud EL BENKAI'**

Matricule : **2437** N° CIN : **F57356**

Adresse : **Rue 562 N° 2 Bourgogne**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

D.N.I.D (valable deux ans)
+ Alerm + le pro. Nat + (perte).

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

- Alerm 500
- Ivermectine 5
- Zymel 300.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant : **الدكتور عبد السلام الحسني**
Dr. Abdessalam ELHOUDAIGUI
الطب العام - مédicine Générale
INPE : 041066317



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées