

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **Goual Mohamed**

Matricule : **84 26**

N° CIN : **B 56541**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Médecin Généraliste** Spécialité : **Médecin Généraliste**

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Goual Mohamed**

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 :

**Arthrose polyarthropathie
Hbaa : 6,6 %**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Glucophage 850**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Denou** le **16/04/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Hamza JAMLI
Médecin Généraliste
252, 1er étage, Lot ALWAHDA
Deroua - Tél : 0522 036 000



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