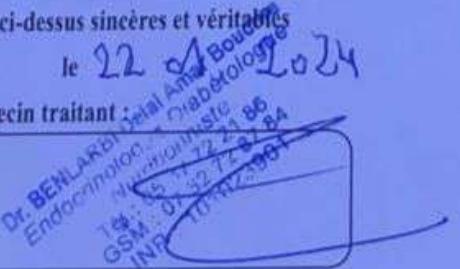


mle-7008

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS**

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	KTIRI MINA NÉ SAIZI	
Matricule :	7008	N° CIN : A542630
Adresse :	5 RES RIM N°12 QUARTIER SAID HAJI SALE	
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Spécialité : INP	
N° ICE :	N° INPE : 101023901	
Certifie que Mlle, Mme, M. :		
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
DT2		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit :		
GALVUS 500 mg		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à :	SALE	le 22/12/2024
Cachet et signature du médecin traitant :		
 Dr. BEN LAKHDAR Jelal Anas Bouchech Endocrinologue Diabétologue Tel: 0522-22-78-15 GSM: 0522-22-72-84 INP: 101023901		

\*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