

1833

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *CHERIE BOITNE KHADDOUJ*

Matricule : *1833* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA* Spécialité : *Endocrinologie - Diabétologie et Maladies Métaboliques*

N° ICE : *002725238000058* N° INPE : *INPE:061256640*

Certifie que Mlle, Mme, M. *CHERIE BOITNE Khaddouj*

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

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

- Athénie - Sd poly uro polydipsique
- HbAc = 10.4% - GAG = 1.31 + S1F

Dont ci-joint ordonnance : *Mirtard 30 (20-0-18)*

Traitements prescrits :

*Mirtard 30*

- 20/05 le matin  
- 18/05 le soir

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Benchedid* le *07/06/22*

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 garantie la confidentialité des informations communiquées