

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|--|------------------|
| Nom et prénom : | Jabline Nina |
| Matricule : | 330 |
| N° CIN : | |
| Adresse : | |
| Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : | Dr BEN NOUNA |
| Spécialité : | Diabétologue |
| N° ICE : | |
| N° INPE : | 091027102 |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : | |
| Jabline Nina | |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie | |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : | |
| Diabète HbA _{1c} = 7,5 | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : | |
| Glucophage 500 | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | |
| Fait à : | Casa le 21/07/22 |
| 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