

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **RAOUZ AHMED**

Matricule : **3081**

N° CIN : **545466**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Docteur Samia NEJJAR**

Spécialité : **ENDOCRINOLOGIE - DIABETOLOGIE**

N° ICE : **001920870000082**

N° INPE : **091204875**

Certifie que Mlle. Mme. M. : **RAOUZ AHMED**

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

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

HbA1c = 7,36%

GAJ = 1,21

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Humalog mix 50 10-12-8**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Date :

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Samia NEJJAR
Endocrinologue - Diabétologue
Complexe Al Mounabbaq Imm. 107, GH04
Appt. N°2, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél / Fax : 06 77 77 77 77

* Cette déclaration est renouvelable

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

