



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

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **REGRAGUI RACHID**

Matrielle : **5009**      N° CIN : **C132-516**

Adresse : **JM128 Apt 5 WAFA 3 OULFA CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent     Conjoint     Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :      Spécialité :

N° ICE :      N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. **REGRAGUI Rachid**

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 :**

**Diabète insulino dépendant, hypothyroïde, dyslipidémie**

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitements prescrits :**

(1) Levoglucosan 75 mg 1 g/1  
 (2) Lorteglizox 30 mg 1 g/1  
 (3) Androstanol 1 g/1      (1) Tala 10 mg 1 g/1

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à :

le **13/10/2022**

**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