


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : KHATLA RABIN	
Matricule : 793	N° CIN : BL51998
Adresse : MAY EL MESSID, AV. B. NR. 395, CASABLANCA	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : Dr. ZARHLOULE Amal Diabétologue - Nutritionniste Micronutritionniste Tél : 05 22 82 46 33	Spécialité : Endocrinologie
N° ICE :	N° INPE : 0826278
Certifie que Mlle, Mme, M. : Khadja KALOCI	
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 type 2 ss Insulinothérapie + HTA + Dyslipidémie + goutte	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Insulinothérapie / Prilixal 10/25 / Angiotensiniques Zyloric 200 / Cardenal 2.5 / Kordolan 1 / Kordolan 1	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : COBE le 11/10/2022	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées