

**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 : **SOUHAÏL ABDELMAJID**
Matricule : **5552** N° CIN : **H64325**
Adresse : **13 Imble A. Reïd NADIA CASAMAOIRIF**
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :
N° ICE : **00171169000048** N° INPE : **091046169**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **LATIFA**
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 :

**CS = 1.1 M. :
HbA1c = 12.3 %**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

ADO - 2000 mg -

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CAS** le **12/1/2023**
Cachet et signature du médecin traitant :

DR. AMRABOU KHATTA
DIABETOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
Résidence : Imhara, 150 mètre de l'Oasis
En face Safa de l'Oasis - Casablanca
Tél : 0522 22 78 165 - Gsm : 0663 43 95 30



* 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