



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **ZOUAFI MOHAMED**

Matricule : **5738** N° CIN : **B. 33427**

Adresse : **CITE EL HANK - Fmm. 1 - Apt. 17 - CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### DR. ERRAJRAJI Zineb Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR. ERRAJRAJI Zineb**  
Endocrinologue Diabetologue  
70 route de Rabat, 10000 Hay Youssef et Rue Boukrat  
Résidence M.RAMADAN 1er Etage N° 3 Casablanca  
Tél : 05 22 26 52 11

Spécialité : **Endocrinologue Diabetologue**  
Dr. ERRAJRAJI Zineb Endocrinologue Diabetologue  
70 route de Rabat, 10000 Hay Youssef et Rue Boukrat  
Résidence M.RAMADAN 1er Etage N° 3 Casablanca  
Tél : 05 22 26 52 11

N° INPE : **091018382**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Sahib Zouafie**

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 de type 2 nécessitant un traitement  
au long cours avec pilule régulier**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**metformine**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Cna** le **19/1/23**

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