



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 HAN K - Imm. 1 - Appt. 17 - CASABLANCA
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Sahib Eddine
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> 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 bilan régulier	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Insuline	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées