

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	<i>EL HADRISSI Abdellah</i>
Matricule :	3959
N° CIN :	<i>B 61053</i>
Adresse :	<i>22 RUE 1BN KATIR MARRAKECH</i>
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : <i>Endocrinologue</i>
N° ICE :	N° INPE : <i>021128222</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>EL HADRISSI Abdellah</i>	
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 :	
<i>Diabète sucre</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits :	<i>Metformine 1000 mg, 2 fois par jour</i>
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	<i>le 1/2/23</i>
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <i>Docteur WAIFI Abderrahim</i> <i>Endocrinologue - Diabétologue</i> <i>2, Rue Pyrénées Tel: 0522 25 19 70 - Casablanca</i> </div>	
	

*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