

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

Nom et prénom :

Matricule : **08665**

Nº CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Nº ICE :

Certifie que Mlle, Mme, Mr :

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 type 1

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

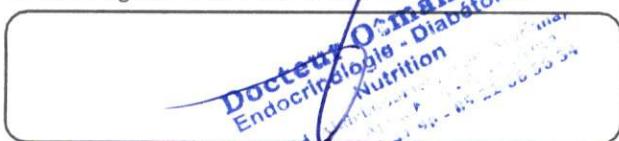
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

08/01/23

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