



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 - Imm. 1 - Apt. 17 - CASABLANCA**
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR. ELBAIRAJI** Spécialité : **Endocrinologue**
N° ICE : **091018382** N° INPE : **091018382**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Salib Elidine**
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 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 :

DR. ELBAIRAJI

Pharmacie AL AKHAWINE
DR. GHAZI LOUI Laila
10, 146 Alakhawine Had Souk
Tel. : 05 22 96 34 82

* 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